SUPLEMENTO
A LAS INSTITUCIONES
CHIRURGICAS
DE DON LORENZO HEISTER,
CON LOS NUEVOS DESCUBRIMIENTOS
QUE HA HABIDO EN LA CIRUGIA
EN ESTOS ULTIMOS AÑOS.

Por D. Francisco Xavier de Cascaron.



CON LAS LICENCIAS NECESARIAS:

En la Oficina de Hilario Santos Alonso, calle del Baño.
MDCCLXXXII.

Se hallará en la Librería de D. Miguel Copin, *Carrera de* San Geronimo.


WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

ADVERTENCIA.

Estaba determinado à guardar silencio sobre la nueva operacion de la seccion de la symphisis de los huesos pubis en los partos dificiles, creyendo no pasaria la moda de symphisar las pobres mugeres (si me es permitido usar de este termino) mas acá de los perynéos: pero habiendo visto se ha practicado ya en España por la segunda vez, y que en escritos públicos se recomienda su utilidad, me hallo en la necesidad de decir algo sobre este asunto.

Al publicar esta novedad era muy importante hacernos conocer todas sus conseqüencias; pero se han esparcido las noticias de los hechos con una profusion mas necesaria à la voga que se los ha querido dar, que à la instruccion publica, que hubiera exîgido mas nociones cientificas. Sin consultar mas que las primeras ideas del sentido comun, conoceremos que exâgerar un suceso no es una prueba de su utilidad.

Para establecer sólidamente una doctrina y juzgar del mérito de una operacion de Cirugía, es necesario un conocimiento exâcto de las partes, del caso que la exîge, y de la necesidad de hacerla: considerar sus ventajas absolutas y relativas:

pre-

preveer los inconvenientes : desconfiar de los sucesos ; y apreciar las razones.

Los partidarios de la nueva operacion dicen, que cortando el cartilago que une los huesos pubis resulta una separacion que facilita el parto sin peligro de la vida de la muger. Para hacer creer esta ascrcion, era necesario nos hiciesen ver del modo menos equivoco, qual es el producto de la separacion de los huesos pubis despues de la seccion del cartilago que los une. Però nada de esto hacen.

Las experiencias practícadas sobre cadaveres de mugeres muertas de parto por los Sres. de *Sault*, *Repping*, *Baudelocque*, *Pelletan y Lauverjat* mucho antes que se hiciese la primera operacion ; han demostrado que la separacion de los huesos pubis casi no aumenta el diametro de la pelvis de los huesos pubis à el hueso sacro ; y que el solo diametro transversal es el que se dilata visiblemente. El primero nos da noticias exâctas de los grados de aumento de cada diametro en proporcion del grado de apartamiento de los huesos pubis ; y la ventaja de aumento del diametro de adelante atrás se reduce casi à cero : esta resulta está sujeta à un calculo geometrico convincente.

Estas mismas experiencias han sido repetidas y en bastante numero los años pasados de mil setecientos setenta y ocho, y setenta y nueve en el Hospital ge-

general de París por el Sr. le *Heritier* en las pelvis de mugeres muertas de partos desgraciados, las que han sido presenciadas por muchos Medicos y Cirujanos. De ellas resulta que hecha la division, la separacion espontanea es de seis lineas. Algo menos será en una muger viva. Quando por el apartamiento de los muslos se ha forzado el de los huesos pubis hasta dos pulgadas de distancia, el diametro anterior de la pelvis apenas gana tres lineas, y las symphises sacro-iliacas padecen una dislaceracion que puede ser mortal. ¿Si esto sucede en pelvis bien conformadas, qué se debe esperar suceda en las que se cree conviene la seccion que por su deformidad son menos susceptibles de dar la separacion deseada? Esto lo dirá el exâmen de las operaciones hasta aqui practícadas que han llegado à mi noticia.

El Autor de la nueva operacion ha publicado un discurso sobre la seccion de la symphisis que habia de ser leido en la sesion publica de la facultad de Medicina de París, en cinco de Noviembre de 1778. En él se lee que de quatro secciones de la symphisis que ha practícado en aquella capital, las tres han aprovechado. La afirmativa es cierta. Las analyzaré exâcta è imparcialmente con las otras hechas en otras partes, para restablecer la verdad de los hechos.

La primera fue la de la muger *Souchot*, y no obstante el suceso que presenta este caso, la necesidad

de

de la operacion en esta muger es aun un problema: antes de la operacion tubo quatro partos, el primero y el quarto que presenciaron algunos Cirujanos los fetus nacieron muertos, pero no sacaron la cabeza deprimida aunque muy voluminosa. Era menos gruesa la del quinto. El Sr. *Piet* que la asistió en el primero dice que el pequeño diametro de la pelvis tiene tres pulgadas, y asegura con otros que la han asistido en otras ocasiones que no se pudó sacar ventaja de la seccion de la symphisis para su infante, que hubiera salido vivo por medio del *forceps*.

Este primer suceso nada prueba à favor de la nueva operacion, y quedaria la cosa problematica si las experiencias bien averiguadas no hubiesen demostrado à *priori* que la seccion del cartilago que une los huesos pubis, no hace aumentar casi nada el diametro anterior de la pelvis.

El fin de esta operacion es segun las propias palabras de su inventor el conservar la vida à la madre, y al hijo. ¿Se podrá decir que la segunda y tercera operacion siguientes tubieron buen éxito habiendo muerto en ellas los fetus? ¿No es pues la conservacion del infante una parte del fruto que se saca de la nueva operacion? ¿Expondriamos la madre sino se tratase mas que de extraher un fetus privado de vida?

Aun es mas desgraciado el suceso de la quarta ope-

operacion hecha contra el dictamen de los Sres. *Coutouly y Lauverjat*, Cirujanos Comadrones en París, en Noviembre de 1778. à la muger del llamado *Vespres* oficial Cerrajero en la calle de la Bucherie, pues murieron madre è hijo.

En la operacion hecha en San Pol de Leon en veinte y uno de Febrero de 1778. sin accidente alguno, se encontró la muger al tercer dia sentada en el rincon de su chimenéa; reñida de su imprudencia por su Cirujano, se volvió sola à la cama que era bastante alta, y subió à ella sin impedimento. Quien pese bien las circunstancias mencionadas juzgará facilmente del valor del hecho: al hacer el Cirujano la herida en los tegumentos que cubren la symphisis de los huesos pubis, las fuerzas expulsivas tomaron mas energía, è hicieron salir el infante. Esta es la verdad. ¿Si la symphisis hubiese sido dividida, podria esta muger ir sola al rincon de la chimenéa, volverse à su cama, y brincar para subir en ella? Esto es imposible y es claro que esta muger no fue symphisada.

Esta propia operacion fue hecha en Arras en veinte y quatro de Abril de 1778. El treinta fue abierto el cuerpo de esta muger de orden de la Justicia en presencia de todos los Cirujanos y Medicos de la Ciudad. *No tenia vicio de conformacion en la pelvis*. Esta verdad ha sido reconocida y firmada por el Medico que fue causa que se hiciese esta operacion: es digno de notarse que se anunció esta

co-

como un suceso brillante ocultando habia sido practícada sin motivo.

En Wurtz-bourg hizo el Sr. *Siebold* esta operacion en quatro de Febrero à una muger de treinta y cinco años : la symphisis estaba osificada y se hizo el corte con sierra : no siendo la separacion que se hizo por medio de dos ayudantes suficiente à dar paso al fetus que se encontró muerto, comprimió sin temor la cabeza y le sacó haciendo un violento esfuerzo. La misma osificacion encontró el Sr. *Bonnard* en una muger de Hesdin à quien quiso hacer la seccion de la symphisis, y es muy probable que en estos casos tambien lo estubiesen las symphises sacro-iliacas.

El Sr. *Guerard* Cirujano mayor del Hospital Militar de Dusseldorp, movido por los anuncios de las Gazetas hizo en once de Mayo de 1778. la seccion de la symphisis à una muger de treinta y siete años, pero no pudo extraher el fetus sino por medio del corchete, y la madre murió el dia diez de la operacion. El diamero anterior de la pelvis de esta muger tenia dos pulgadas y media, y el transversal de hueso ileo, à hueso ileo seis pulgadas y dos lineas : con dimensiones tan favorables no pudo la seccion de la symphisis impedir este catastrophe.

La primera hecha en España fue en Logroño en treinta de Abril de 1779. à *Rosa de San*

Ro-

Roman. El operador *Don Juan Delhuyar*, Cirujano de aquella Ciudad, en su disertacion remitida à la Real Academia Medica Matritense en dos de Mayo de 1781. dice, que quando fue llamado estaba muerto el fetus, (motivo suficiente para no estar indicada la operacion) que la hizo porque era la pelvis tan estrecha que no llegaba à dos pulgadas, y que aunque para hacer mayor la extension de la pelvis abrió (son sus propias palabras) la vagina en todo su largo, al extraher el fetus se dislocó la symphisis sacro-iliaca izquierda, y mas adelante añade que aunque la enferma padeció la dislocacion con los accidentes que de ésta vienen, y mas de quarenta dias calentura supuratoria è incontinencia de orina, que aún la padece actualmente, tengo la complacencia de ver goza en el dia la mas robusta salud, habiendo vuelto à concebir y parir con felicidad, y en el dia está embarazada.

Por la narracion del Autor se vé que operó sin necesidad, y que falta à la verdad en algunos puntos. Que operó sin necesidad es notorio, pues no era necesaria la seccion de la symphisis para extraher un fetus muerto: que falta à la verdad se dexa conocer en que teniendo esta muger segun él, solo dos pulgadas de extension en su pelvis, parió con la felicidad que dice. ¿Pues qué pudo ser esto? qué habia de ser, operar, porque lo leyó

 en

en la Gazeta, y no saber tomar la medida de la pelvis. ¿Y qué dirémos de abrir la vagina de abaxo arriba?

La operacion de la seccion de la symphisis hecha en Utrera en Agosto de 1780 por el *Licenciado Don Antonio Delgado y Meneses*, en *Doña Maria de Avila*, de edad de quarenta y dos años, por estar depresos los pubis, y demasiado encorvado ácia la parte anterior el coccis, con la que se salvó madre è hijo, quedando aquella con solo una incontinencia de orina, es la segunda practicada en España.

Pasando esta muger à Sevilla à buscar remedio à su enfermedad habitual, fue registrada en dos de Marzo de 1781. por *Don Pedro Vidart*, Socio Cirujano del numero y demostrador de Anatomía de la Real Sociedad de aquella Ciudad en presencia de *Don Juan Sixto Rodriguez*, y de *Don Manuel Ruiz*, Socios Cirujanos de la propia Real Sociedad, y midiendo con exâctitud desde el extremo del coccis à la parte inferior de la symphisis tenia tres pulgadas y dos lineas, teniendo aun el coccis movible y capaz de ceder hasta un cierto grado.

Por las respuestas de la enferma à las preguntas que la hizo *Vidart*, infirió este Cirujano no fue la estrechez de la pelvis quien retardó el parto, si una obliquidad de la matriz al lado derecho que

se

se pudo remediar haciendola mudar de situacion; pero aunque se le conceda al Sr. Licenciado que fue la estrechez de la pelvis quien le retardó ¿no se pudiera este terminar en una semejante estrechez sin la seccion de la symphisis por solo la naturaleza, ò quando mas por el *forceps* del Sr. *Levret* ò la espatula del Sr. *Roonhouysen* sin haber expuesto à la madre? muchas observaciones hay de uno y otro.

Esta es la verdad de los hechos y por ellos podrá juzgar el Lector de la utilidad de la nueva operacion: pero en su preocupacion los partidarios de ella deben dar una regla para determinar en qué grados de estrechez de la pelvis creen puede convenir la seccion, pues siendo estos muy variables, no creo sea su intencion se operen indistintamente las mugeres que pueden ser socorridas sin ella. Para esto es pues necesario nos den una medida fixa para saber quando se debe practícar, porque puede haber estrechez en que sea inutil la seccion de la symphisis como en la muger del llamado *Vespres*, ò por el contrario ser tal que no sea necesaria, como en las mugeres de San Pol de Leon, Arras, Logroño, y Utrera. ¿Mas aun quando se llegase à determinar con la mas exâcta prolixidad el diametro de la pelvis en que conviene la operacion, se podrá conseguir lo mismo con la cabeza del fetus? ¿la dificultad del parto no vie-

ne

ne muchas veces de sus respectivas disposiciones? pues si la seccion con la separacion forzada que se puede permitir con el menor peligro de la madre, no da mas que dos ò tres lineas de facilidad, como está incontestablemente probado, si la cabeza del fetus es muy voluminosa ¿quál debe ser la suerte de la nueva operacion?

El objeto de esta no es aumentar la capacidad de la pelvis abriendo su circulo cortando el cartilago que une los huesos pubis, quando por su estrechez no permite la salida al fetus por las vias naturales, sin necesidad de recurrir à la operacion cesarea? ¿Es esto asequible? el Lector por lo que queda dicho lo podrá inferir; todo lo que yo puedo decir es que en la segunda y tercera operacion hechas por su inventor el Sr. *Sigault* por no haber dado la separacion de los huesos pubis suficiente paso à los fetus, fue su extraccion tan laboriosa que como he dicho murieron en ella; y que las relaciones de los hechos dadas por los Autores solo contienen tragedias horrorosas y acaecimientos funestos. No se como sus partidarios se han podido engañar hasta creer han hecho con esta operacion el mas importante servicio à la humanidad.

Por lo que corresponde à esta Obra solo tengo que advertir al Lector, que si el Traductor que puso en Francés las Instituciones Chirurgicas de *D. Lorenzo Heister*, tubo por util, en un pais en que se

se hallan en su idioma todos los descubrimientos hechos en la Cirugía, despues de la publicacion de aquella por su Autor en el año de 1750, hacer una coleccion de ellos, y publicarlos juntos en el propio idioma para servir de suplemento à la Cirugía que acababa de traducir, ¿con quánta mas razon podré yo esperar será util este suplemento à los Cirujanos de España que ignoran los idiomas estrangeros? Confieso me sirvió aquel de modelo para componer éste: en él se encontrarán algunos descubrimientos que posteriormente se han publicado, y otros tratados con mas extension que en aquel. Nada es mio sino el mal estilo; pero sí he procurado, sin faltar à la inteligencia de las materias, hacer la analisis de las obras de donde son extrahidas lo mas sucintamente que me ha sido posible. El orden que llevan en este suplemento los Articulos, es el mismo que el *Sr. Heister* guarda en los Capitulos de su Obra.

TA-

TABLA
DE LOS CAPITULOS.

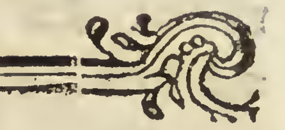
las

Ar-

ERRATAS.

Pag. 3. Lin. 3. decir, *decidir.* p. 4. l. 4. son, *no son.* p. 13. l. 31. haugero, *agujero.* p. 24. l. 9. exponerme, *exponer.* p. 26. l. 24. quagulo, *coagulo.* p. 43. l. 12. estragula, *estrangula.* p. 53. l. 26. physologia, *physiologia.* p. 56. l. 8. esternón, *stenón.* p. 97. l. 6. respuesta, *repuesta.* p. 171. lin. 4. separan, *se separan.* ideml. 8 por el toides, *por el del toides.* p. 172. l. 2. voyel, *vogel.* p. 191. l. 5. mejean, *mejan.* p. 229. lin. 27. sino, *que sino.* p. 260. l. 6. viciosa, *viscosa.* idem l. 9. melicenis, *meliceris.* p. 269. lin. 18. medio, *miedo.* p. 304. l. 27. conbilidad, *contraccion.* p. 325. l. 21. el, *del.* p. 360. l. 30. coucta, *conducta.*

SU-

SUPLEMENTO
A LAS INSTITUCIONES CHIRURGICAS, *DE DON LORENZO HEISTER.*

ARTICULO PRIMERO.

DE LA CURACION DE LAS HERIDAS con pérdida de sustancia.

EL exâmen de los estados por donde succesivamente pasan las heridas con pérdida de sustancia, dice el Sr. *Pibrac* (a), las ha hecho considerar baxo de cinco diferentes tiempos, que son: el de inflamacion, supuracion, detersion, encarnacion, y cicatrizacion. Los medicamentos que se han creido convenientes à la curacion de estas heridas, los han dividido los Autores en otras tantas distintas clases. Estas escolásticas distinciones han hecho creer, era necesario sujetarse rigorosamente al uso de estos medicamentos; pero la experiencia demuestra todos los dias, que una herida pasa por todos estos tiempos, y puede llegar à una perfecta curacion con solo un remedio, propuesto algunas veces por el Empyrismo; y que en muchos casos la naturaleza basta por sí sola. Las freqüentes curaciones causan mucho perjuicio à la natura-

A ra-

(a) Mem. de la R. Acad. de Cirug. de París. 4. vol. en 4.

raleza. La impresion del ayre, la accion de los medicamentos, y la renovacion de los aparatos, aunque hechos con toda la destreza posible, causan siempre irritaciones capaces de perturbar la naturaleza, y deshacer su trabajo, siendo éste por el que se obra la curacion de las heridas. La accion de los vasos expele por la supuracion los jugos que inundan la parte. Esta accion, y el calor natural, que es su efecto, prepara, cueze, digiere, madura, forma y aplica los sucos nutricios, que deben consolidar las bocas de los vasos abiertos en toda la extension de la herida. La cicatríz, que sirve de tegumento natural, es el efecto de esta coagulacion (*); todo lo hace la naturaleza, y el Arte solo debe favorecerla, apartando los obstáculos, que la podrian impedir trabajase con utilidad.

Estos principios han sido establecidos por *Celso* y *Galeno*, y admitidos por *Paracelso*, que sobre esta materia habla de un modo muy persuasivo. El olvido de estos preceptos, y el abandono de la práctica, que estos prescriben, son el objeto de las juiciosas reflexîones de *Magato* en su excelente Obra sobre el método de curar de tarde en tarde las heridas. El Sr. *Pibrac* ha reconocido por experiencia la solidéz, que él da sobre este punto, y contra el uso de los medicamentos mas recomendados, y que han sido de la mayor confianza. Los remedios grasosos relajan inoportunamente; los resinosos y balsámicos, que se juntan para componer los digestivos, irritan las carnes.

Todos los Prácticos convienen, en que su indiscreta continuacion produce carnes fungosas, que muchas veces no se pueden destruir sin la accion dolorosa de la piedra infernal, ò de otros catereticos, que necesariamente inflaman la herida. Luego que se ha conseguido por la cauterizacion el buen estado, que se hubiera podido conse-

(*) Vease sobre esto el Articulo siguiente.

seguir por curaciones mas conformes à la idéa de la naturaleza, ¿de qué método se saca mas ventaja, que de la hila seca? Esta consideracion debe decir à su favor en toda la cura.

Sería adelantar las consequencias de estos principios, à los que la experiencia del Autor sirve de fundamento, no querer usar de los Unguentos digestivos en todas las heridas con pérdida de sustancia; pues se entiende habla aqui de aquellas heridas, que son hechas en partes sanas, ò reputadas por tales; porque hay casos en donde es necesario servirnos de ellos, como por egemplo: en los primeros tiempos de la abertura de un absceso para procurar el desahogo de las partes circunvecinas inundadas de pus ò de fluidos, que deben tomar su carácter. La práctica que reduce las curaciones à solo la aplicacion de la hila seca, no debe entenderse tampoco en todas las soluciones de continuidad por causa externa. Están exceptuadas las heridas, que à un mismo tiempo son rasgadas y magulladas (b), las mordeduras de animales, y otros casos de esta especie, en donde hay una tumefaccion primitiva, de la que necesariamente se ha de seguir una inflamacion, à la qual sucede una supuracion, que procura la caída de los pequeños pedazos, que forman las paredes de la herida contusa; pues en estos casos, las primeras materias que producen estas heridas, son unos sucos detenidos, mal trabajados, y à medio podrir, que podrian detener las hilas secas con algun perjuicio: Pero en las heridas simples, en donde todo el mal consiste en la pérdida de sustancia, la accion de los vasos basta para formar el pus, que en este caso no es otra cosa, que la exsudacion de los sucos nutritivos de la

 par-

(b) Se debe cuidadosamente distinguir el simple rasgamiento de la magullacion, pues el primero no se opone à una pronta y exâcta reunion, en lugar que la magullacion exîge casi siempre una pequeña supuracion.

parte: por lo que no hay aqui razon alguna para aplicar medicamentos putrefacientes y balsámicos, que aunque su convinacion à la verdad, los hace menos peligrosos que lo serian separadamente; no por eso son capaces de causar irritaciones, que es muy conveniente evitar. El Sr. *Pibrac* no levanta la primera cura hasta que ella se desprehende por medio de la supuracion, y tiene gran cuidado no enjugar la herida al aplicar nuevas hilas: esta sábia precaucion previene la obgecion de aquellos, que temen la irritacion de las carnes vivas por la aplicacion de las hilas secas. Con este método de curar, las hilas se hallan humedecidas por los jugos que la naturaleza derrama en la superficie de la herida. No limpia el pus de la circunferencia hasta que con suavidad ha cubierto la herida con una nueva planchuela; evitando por este medio el contacto del ayre, que todos los Prácticos han tenido por muy dañoso à las heridas. La tardanza de una curacion à otra, entre las quales dexa muchas veces intervalos de dos, tres y aun quatro dias, concurre mucho à la pronta curacion. Además, este método es tambien muy ventajoso, porque evita los dolores, que causan la aplicacion de los medicamentos.

Muchas personas temen el instante de la cura à causa de los vivos dolores, que sienten cada vez que se levanta el aparato, y que duran mas ò menos tiempo, no cesando hasta que una cierta cantidad de materias que se interponen entre la superficie de la herida, y el medicamento, envota su accion. Los grandes Prácticos se guardan bien de limpiar las heridas, y de quitar los sucos, capaces de defender las carnes de la irritacion: con este cuidado son las curaciones menos dolorosas; y por haber seguido la conducta opuesta, ha visto el Sr. *Pibrac* sobrevenir convulsiones.

Apoya este Autor toda la doctrina establecida en su me-

Memoria, con ocho observaciones; siendo entre éstas, quatro, las que me parecen concluentes. La primera tiene por objeto una amputacion del brazo, à la que dió ocasion una carie escrofulosa en la parte superior de los huesos del antebrazo con una tumefaccion, que se estendia hasta la articulacion; y las otras tres, de heridas causadas por extirpacion de tumores cancrosos en los pechos. Si unas curaciones hechas con solo la hila seca, han sido suficientes en unos casos de esta naturaleza, en donde legitimamente se puede sospechar haya un vicio en la sangre, ò en la parte, ¿con quánta mas razon deben convenir en las heridas simples, en donde no hay otro desorden que reparar, que la pérdida de sustancia? En la primera observacion, el aparato no se levantó del todo hasta el sexto dia, que el pus despegó las hilas, que cubrian la herida; ésta estaba en buen estado, siendo su circunferencia de la misma extension, que lo era al concluir la operacion. La segunda cura se hizo, segun el método ordinario, con una planchuela cubierta de un digestivo; levantóse este aparato à las veinte y quatro horas, la supuracion apareció, no tan de buena condicion, como el dia precedente, ni en tanta cantidad, como debia haber sido, las carnes estaban espongiosas y muy animadas, la herida tenia mas extension, y el muñón mayor circunferencia (c), lo que prueba, que el tegido celular estaba infartado. ¿Quién à este aspecto dexaría de conocer el mal efecto de la aplicacion de los unguentos? Nada hubo de nuevo en este suceso, dice el Sr. *Pibrac*, que yo no hubiese observado en otros semejantes casos; pero no me habia parado co-

(c) La retraccion de las carnes, que causa la salida del hueso despues de las amputaciones, puede ser originada en parte por la accion irritante de los medicamentos, que estimulan la superficie muy sensible de una herida reciente.

como en éste. Me parece (añade juiciosamente) que en las cosas comunes la costumbre aparta el uso de la reflexîon, y que la vista del espíritu es menos penetrante à proporcion de la facilidad que los ojos tienen de ser tocados de los objetos, con quienes están mas familiarizados. En el instante tomó la resolucion de curar la herida en seco, y con suavidad, con planchuelas de hilas finas, à fin de absorver los jugos que las carnes soltasen, envolviendo el muñón con unas compresas empapadas en un cocimiento emoliente y resolutivo para remediar la tumefaccion. Con esta conducta, à otro dia por la mañana tubo el gusto de vér en la herida una mudanza favorable. Continuó la cura del mismo modo hasta la quinta curacion, que en ésta se contentó con mudar las compresas, dexando las hilas hasta pasadas quarenta y ocho horas; el suceso de esta dilacion fue visible; éste indicó el no levantar las hilas en las siguientes curaciones, hasta pasados tres ò quatro dias; y la herida se consolidó sin accidentes, ni exfoliacion sensible en menos de cinco semanas (d); lo que no se hubiera ciertamente conseguido, si se hubiese usado de medicamentos, y molestado la herida con diarias curaciones, que además de ser inutiles, siempre son mas ò menos perjudiciales à la naturaleza.

El buen éxito de esta primera tentativa fue confirmado despues en tres enfermos, à quien el Sr. *Pibrac* habia amputado un dedo de la mano magullado por una causa exterior; sin detenerse à la pretendida indicacion de hacer su-

(d) Se ha observado que los enfermos que padecen Escrofulas, curan mas presto y facilmente que los otros de las grandes operaciones. Este fenómeno ha sido observado por dos Cirujanos célebres, el uno es el Sr. *Petit* (Mem. de la Acad. R. de Ciencias, año de 1732. pag. 394.) y el otro el Sr. *Faure*, Doctor en Medicina, y Cirujano de Leon. Vease su Mem. sobre las Escrofulas en el 3. volum. en 4. de los Premios de la Acad. Real de Cirugía de París.

supurar las carnes con los medicamentos, se contentó con curarlos en seco, poniendo en la parte superior compresas mojadas en una decocion fria de malvavisco; la curacion fue pronta, y sin exfoliacion aparente, como en el primer caso. Siempre usó de las fomentaciones frias; persuadido à que estas calientes, rarefaciendo los líquidos, contribuyen mucho à las primitivas tumefacciones, que sobrevienen à las heridas sin embargo de las sangrias, buena situacion de la parte, régimen y demás medios, que se emplean para calmarlas, è impedir su progreso; sin duda es mas ventajoso el prevenirlas. Esto es lo que este Autor asegura haber logrado con el método que acabo de exponer.

La utilidad de las curaciones con hilas secas, segun las reglas que vienen propuestas, ha sido reconocida y confirmada poco tiempo despues por el Sr. *Louis*. Este hizo à una muger de quarenta años à principios de Noviembre de 1765., la extirpacion de un pecho carcinomatoso: el quarto dia, à la caída del primer aparato, que se desprendió por la mucha abundancia de materia, puso una blanda planchuela de hilas. La herida fue curada de este modo todos los dias, hasta el quince, despues cada tercer dia, y en adelante cada tres ò quatro dias. La cura se terminó poco mas ò menos en el tiempo ordinario, que la naturaleza necesita para la consolidacion de una herida de tan grande superficie. Las curaciones no fueron dolorosas, ni hubo carnes fungosas, y la supuracion fue tan abundante, como lo debia ser, en todo el tiempo de la cura (e). El Sr. *Louis* observó, que el buen pus detenido con las dilatadas curaciones en los ultimos dias ponia un poco lisas las

(e) El Sr. *Quesnai* (trat. de la Supur. pag. 316.) habla de un enfermo, à quien creyó costase la vida el uso muy continuado del digestivo sobre el muñón despues de la amputacion de la pierna, por haber producido una inmoderada supuracion; pero la hila seca substituida al digestivo le libertó.

las carnes; pero usó de la hila raspada, y la curó por dos ò tres veces cada tercer dia, con lo que la cicatríz hizo progresos muy sensibles.

ARTICULO SEGUNDO.

DE LA SUPUESTA REGENERACION de carnes en las heridas con pérdida de sustancia.

QUando una herida no se puede reunir por la cohesion de sus paredes, se supura, y se levantan sobre su superficie unos tuberculos carnosos, cuyo carácter varía segun el estado de la herida. Estos tuberculos, dice el Sr. *Fabre* (a), han sido tenidos hasta ahora por unos botones de nueva sustancia, que regenera, para reparar en algun modo la que habia sido destruida. Este cree, que la regeneracion de las carnes es una suposicion voluntaria, y que la naturaleza sigue un camino mas simple que aquel, que la han hecho tener, en todos los sistémas de vegetacion, y de regeneracion, que han imaginado para explicar la reunion de las heridas con pérdida de sustancia. Todos los fenómenos que se presentan en esta Obra de la naturaleza, excluyen la idéa de la regeneracion. El Sr. *Fabre* apela à la experiencia: en la herida que queda despues de la amputacion del muslo, es visible, que no hay alli ninguna regeneracion; pues no se observa, que las carnes adquieran en toda la cura ningun aumento verdadero: al contrario, es evidente, que todas las partes cortadas, se deprimen, y se bajan para permitir al cutis se acerque al centro, y se una à la extremi-

(a) Mem. de la Real Acad. de Chirug. de Paris. 4. volum. en 4.

midad del hueso. En efecto, si se considera el muñón en el estado de cicatrizarse, se vé que el texido celular se ha borrado enteramente, que los musculos están de tal modo deprimidos en su extremidad cortada, que no tienen casi corporatura, y que el hueso mismo pierde algunas veces de su volumen; de forma, que todas estas partes juntas presentan muy poca superficie del lado de su corte. Del mismo modo se observa, que no se hace reparacion de sustancia en una profunda division; y asi en una ulcera ancha y profunda, en la que esté el hueso descubierto y alterado, se verá que se hace una depresion de las partes que forman las paredes de la ulcera, y que el cutis se une insensiblemente, acercandose al centro de la division, de tal modo, que parece unirse inmediatamente al hueso, y confundirse con él por una cicatríz comun. En ninguno de estos dos casos la sustancia destruida se repara, y sí es evidente que las partes se deprimen en el uno y en el otro.

En el segundo principalmente es visible, que la cavidad de la ulcera no desaparece porque se llena de una nueva sustancia, sí porque sus bordes se bajan insensiblemente hasta que han llegado al nivél del fondo. El Sr. *Fabre* explica los medios que la naturaleza emplea para hacer la depresion del texido de las partes sólidas: considera la naturaleza de la supuracion en sus diferentes tiempos, y prueba por muchos hechos, que si las heridas se llenasen, no se consolidarian jamás, y observa que quanto mas volumen adquieran los tuberculos que aparecen sobre la superficie de las carnes ulceradas por la relaxacion y estension de los vasos, mas se aumentan las dimensiones de la herida. En fin el Sr. *Fabre* expone su modo de pensar sobre la naturaleza de estos tuberculos, y los mira como otros tantos pequeños flemones, que supuran, y se buelven en abscesos; y que quando no tienen el carácter flemonoso, las carnes son blandas ò callosas. En el primer caso

los tuberculos participan del edema: en el segundo del escirro. Quando las carnes están floxas y esponjiosas, dice, es menester usar de remedios detersivos, y aun cateretìcos para atraer en ellas el grado de inflamacion que debian tener, à fin de lograr una buena supuracion; y que la viciosa que producen las carnes endurecidas, y la dificultad en curar la ulcera, piden la extirpacion ò el uso de los consumptivos, y ultimamente, que las qualidades de la supuracion son siempre relativas al carácter de los tuberculos.

De lo dicho se ve, que casi todos los Autores que han escrito antes del Sr. *Fabre*, han creido, que la curacion de las heridas con pérdida de sustancia, se hacía por una regeneracion de carnes, para reparar en algun modo la sustancia destruida, y proveer la materia de la cicatríz. El Sr. *Louis* (b) ha tratado este asunto despues del Sr. *Fabre*, añadiendo nuevas pruebas à los argumentos de éste, y haciendo ver la influencia, que esta nueva doctrina puede tener en la práctica. En el aforismo 19. de la sexta Seccion de Hypocrates, cree hallar el Sr. *Louis* el origen de la verdad que defiende. Este Príncipe de la Medicina dice alli, *quando el hueso, el cartilago, el nervio, una pequeña porcion de la mexilla, ò el prepucio, han sido cortados enteramente, no pueden crecer, ni reunirse. Galeno*, interpretando este aforismo, admite la imposibilidad de la reunion, por razon de la distancia que hay entre los labios de la herida; pero no conviene en que no se haga aumento: todo lo que es ulcerado por corrosion, lo exîge segun éste; y dice, que no ha visto jamás ninguno en este caso, à quien la carne no se haya regenerado. No obstante, por un pasage que el Sr. *Louis* cita del cap. 12. del

(b) Memorias de la Real Acad. de Cirug. de París. 4. volumen. en 4.

del libro, que tiene por título, *De Const. Art. Med.* parece que Galeno conviene en que ciertas partes destruidas, no se reparan, y que lo que él llama regeneracion, se limita à sola la sustancia viva y encarnada, que se forma en el fondo de las heridas y de las ulceras, cuyas dimensiones se disminuyen insensiblemente para llegar à la consolidacion.

Para hacer ver quán poco fundada es esta idéa de la regeneracion, el Sr. *Louis* observa, que la han admitido aun en los casos en donde no hay ninguna perdicion de sustancia, y por consiguiente, en donde no hay nada que reparar. Expone à este asunto lo que pasa en la curacion de una solucion hecha por la abertura de un absceso considerable, que no penetra en el intesticio de los musculos. La operacion consiste en romper el cutis para la evaquacion del pus contenido en una cavidad formada por la separacion de las láminas del texido celular; el dia tercero al levantarse el segundo aparato, que se habrá aplicado blandamente, la herida estará superficial con respecto à el grande vacío que el absceso formaba. Hasta aqui dice el Sr. *Louis* no se puede decir que haya habido reproduccion de carnes, ni que el fondo de esta herida se haya elevado hasta el nivél de la superficie; sí que sus bordes se han baxado y deprimido, y que continuan haciendolo, segun se ván desahogando, por la supuracion el fondo y paredes de la ulcera. Es preciso que las partes desunidas por la dilatacion, se acerquen y buelvan à unirse, las dimensiones se disminuyan à proporcion que se hace esta aproxîmacion, y en fin, la cicatríz se forme en el intervalo de los labios del cutis dividido, quando no pueden juntarse: la depresion y desecacion de las partes sólidas en este intervalo, es quien produce la cicatríz, la qual suple por el cutis. Confirma esta teórica con lo que pasa en las pequeñas heridas que se hacen en los tegumentos para la inoculacion de las viruelas.

No procede diferentemente la naturaleza en las heridas con pérdida de sustancia. Para prueba de esto supone el Sr. *Louis* una ulcera en la parte anterior del muslo con pérdida de sustancia en los musculos, en la qual está el hueso descubierto y alterado. Para que pueda curarse, es necesario, que el hueso se cubra de una sustancia semejante à aquella que se ve en el fondo de las ulceraciones en partes blandas, que se llaman granos ò botones carnosos, que segun él no son otra cosa, que los vasos de una parte preexîstente.

En el progreso de la cura se observa un constante aplanamiento en las partes blandas, el cutis se une insensiblemente en toda la circunferencia, acercandose à el centro de la division: la cicatríz principiará à formarse por un cerco de desecacion del texido celular en el borde del cutis, con la que forma una continuidad; y esto no se verificará, hasta que las partes que están debaxo, se hayan deprimido con igualdad quanto las es posible, y hayan procurado al cutis la mayor extension correspondiente à esta depresion; y en fin, la union de las láminas del texido celular, la desecacion de éste, la reunion de sus láminas al nivél del cutis en las heridas y en las ulceras, es quien produce la cicatríz por una continuidad de sustancia; y haciendo progresos la desecacion de la circunferencia al centro, la cicatríz llega por último al hueso, donde se une inmediatamente, confundiendose con él. Tal es, segun el Sr. *Louis*, la direccion constante de la naturaleza, nada hace aqui ver la reparacion ò reproduccion de la sustancia destruida, quedando un vacío proporcionado à la perdicion que la parte ha sufrido.

La primera objecion que se le presenta al Sr. *Louis* al adoptar esta doctrina, es la consolidacion de una herida en la cabeza con gran pérdida de tegumentos, que deja una grande estension del craneo descubierto. En un caso

de

de esta naturaleza, se ve lo que se llama brotar las carnes de toda la circunferencia de los tegumentos, y adelantarse insensiblemente con una superficie convexâ incapáz de aplanamiento. Para explicar este fenoméno, no duda nuestro Autor asegurar que los botones atribuidos à una carne viva y encarnada, no son una nueva sustancia que crece sobre la superficie del hueso; sí la exfoliacion de la lámina exterior del hueso, tan delgada como se la quiera suponer, que dexa desnuda la sustancia vasculosa, (de que el hueso es compuesto, y por la que se le coloca en el número de las partes vivientes) la que se entumece algo por no estár contenida por la lámina huesosa, de que estaba cubierta antes de su exfoliacion. Esta ligera y superficial tumefaccion es accidental y pasagera, pues la cicatríz que se adelanta succesivamente de la circunferencia al centro, no se puede hacer, y en efecto no se hace sino por el aplanamiento y consolidacion succesiva de estos botones vasculosos entumecidos; lo que cree el Sr. *Louis* no tiene réplica, porque la cicatríz bien hecha está siempre mas baxa que el nivél de los botones entumecidos, y cubre el hueso inmediatamente, teniendo con él las mas íntimas adherencias sin ninguna parte intermediaria.

La segunda objecion la deduce de las heridas de armas de fuego, que atraviesan las partes carnosas, y que habiendo sido bien curadas, solo han dexado un ligero undimiento en las cicatrices exteriores, el qual señala el lugar de la entrada y salida de la vala. Las partes dice, no se reunirían asi, si la consolidacion fuese el efecto del aplanamiento, pues apretandose los vasos succesivamente los unos sobre los otros en cada orificio de la herida, desde los bordes hácia el fondo debería quedar un ahugero; pero el trámite se oblitera, y esto no puede suceder sino por la regeneracion de las carnes que le llenan. Que el trámite de la herida se cierra, es incontestable; pero para esto

to no es necesario ni regeneracion, ni estension de vasos. Quando está completamente hecho el desahogo de lo interior, y que la continuidad del trámite está en buen estado, si no se pasa por él el sedál para entretener la comunicacion, las partes exteriores, que componen el puente entre los dos orificios de la herida, se acercan de la circunferencia del miembro hácia su centro en menos tiempo que el que es necesario para que se perciban los primeros círculos del aplanamiento en el borde de los orificios; esto es, el principio de la cicatríz exterior. Las partes divididas se tocan en todo el trámite, y de este contacto se sigue una aglutinacion, como en la herida reciente hecha por un instrumento cortante, la qual se reune con la mayor felicidad. Esta objecion dice el Sr. *Louis* no merece el nombre de tal. El aplanamiento de los bordes de la herida ácia el fondo que imaginan deber hacerse en este caso, sucede en efecto algunas veces, como en la division del labio abandonada à ella misma. Las heridas que penetran en las cavidades, que abren algun reservatorio, ò un conducto excretorio son sujetas à semejante inconveniente: no son raros los egemplos. Los que tienen un ano artificial producido de una hernia con gangrena, no se curan sino por una consolidacion anular, efecto del aplanamiento de la circunferencia de la herida exterior sobre el contorno de su orificio interno. La experiencia ha hecho conocer esta via de curacion en las heridas del estomago. El Sr. *Louis* cuenta tres egemplos, en los quales los enfermos han conservado una abertura penetrante en esta viscera, por la qual saldrian los alimentos, sino tubieran cuidado de tenerla bien tapada (c).

La suposicion de una regeneracion en las heridas con pér-

(c) El Sr. *Petit*. ha comunicado à la Acad. de las Ciencias, año de 1716, una observacion del mismo genero.

pérdida de sustancia ha hecho imaginar diferentes hypotesis para explicar como se hacía. Las mas razonables han admitido un desembolvimiento, y una estension de los vasos. Tiene este sistéma su principio en la nutricion y aumento de las partes, el qual le han aplicado al mecanismo de las heridas con pérdida de sustancia (d). El Sr. *Louis* cree, que admitiendo este sistéma, resultaría que las heridas de los adultos serian necesariamente incurables, porque habiendo el cuerpo ya pasado del tiempo en que las fibras han tomado todo el aumento de que eran capaces, no hay que esperar alli mas desembolvimiento; y dice aun mas, que la regeneracion de las carnes sería extremamente contraria al fin de la naturaleza y del arte, pues creciendo las carnes, harian abrir los labios de la herida, y aumentarian sus dimensiones. En efecto todos los dias se vé en los sugetos mas bien constituidos que al fin de su curacion se entregan à su apetito, que si empiezan à nutrirse antes que la cicatrizacion esté bastante adelantada, la formacion de ésta se retarda sensiblemente. La tumefaccion de los vasos ò de las celdillas del texido adiposo rompe una cicatríz tierna y mal afirmada, porque destruye el aplanamiento; y asi nos vemos obligados para curar ciertas heridas, hacer observar un régimen exâcto. Algunas veces en estos casos se saca un gran fruto de los purgantes administrados en tiempo. En las personas de un temperamento pituitoso, que tienen las carnes blandas, se ha hecho uso con felicidad para obtener la consolidacion de las heridas, de los absorventes y desecantes internos; y quando estos recursos no son suficientes, una rigorosa dieta nos ofrece un remedio casi seguro.

Hay otros casos muy al contrario, en que la demasiada extenuacion de los enfermos puede ser un obstáculo à la

(d) Vease el tratado de la supuracion del Sr. *Quesnai* cap. XVIII.

la consolidacion de las partes. Esto segun el Sr. *Louis* solo sucede por la destruccion del texido celular que está entre los musculos vecinos, ò quando por su respectiva posicion estos dejan de estár contiguos por el aplanamiento general que causa la demasiada extenuacion; pero si los enfermos se nutren con alimentos de facil digestion, y la masa de la sangre se provee de sucos nutricios, que las partes buelvan à tomar su volumen natural, los vacíos se llenan, y dan puntos de apoyo para la consolidacion. La falsa teórica sobre la regeneracion de las carnes ha hecho creer, que el pus era muy util para su reproduccion. Se le ha creido propio à relajarlas, y à favorecer la regeneracion. Por otro lado se ha conceptuado que era el producto de estas nuevas carnes, que se han mirado como un organo secretorio particular, *que le dan el sér* (e).

El Sr. *Louis* termina su memoria dandonos una idéa sucinta de la curacion de las heridas, segun las indicaciones que éstas presentan, à fin de hacer vér la conexîon de la teórica con la práctica. La abertura de un absceso dá inmediatamente salida al pus contenido en la cavidad del tumor: el texido celular queda empapado de materia purulenta, y de aqui se ha inferido que el primer tiempo pedia remedios que procurasen el desahogo de las carnes empapadas.

Los Cirujanos modernos jamás emplean en lo interior de un absceso abierto los medicamentos simplemente grasos y oleosos. Juntan à estos sustancias balsámicas y antiputridas: moderan la qualidad putrefaciente de los remedios grasosos por la mezcla de la trementina, y la goma elemi en la composicion del balsamo de arcéo, que con el ungüento de estoraque y el basalicón componen el digestivo,

(e) *Quesnai*, trat. de la supuracion, cap. I.

vo, del qual se hace mas ordinariamente uso. Estos remedios, como se vé, no son casi nada relaxantes; no obstante, se debe observar mucha circunspeccion sobre la continuacion de su uso. Quando el desahogo está adelantado, la supuracion principia à disminuir, las materias vienen blancas, lisas y sin mal olor; estas señales anuncian que es menester dár à las carnes mas astricion de la que han podido recibir de la accion de los digestivos. El efecto ordinario de la indiscreta continuacion de estos remedios, sobre todo si se los emplea en grande cantidad, es el producir carnes fungosas, que se oponen à la formacion de la cicatríz, como lo haría un cuerpo extraño, y atraher tras de sí otros muchos inconvenientes, que se prevendrian curando en seco segun el método del Sr. *Pibrac*. Quando una ulcera está bien mundificada y detergida, no resta mas que el desecarla. Los antiguos proponian despues del uso de los detersivos, el de los sarcoticos ò encarnantes, que decian tener la virtud de hacer crecer las carnes. Pero consultando estos Autores, y leyendo sus Obras con reflexion, se vé que su práctica no ha sido conforme con su teórica. No tratan de otra cosa que de desecar, y los medicamentos que aconsejan para hacer crecer las carnes, son unos verdaderos desecantes.

Este es el extracto de la nueva doctrina de los Sres. *Fabre* y *Louis* sobre la consolidacion de las heridas con perdida de sustancia: estos creen que nada se reproduce, que la cicatríz se forma siempre por el aplanamiento y desecacion de las partes que forman la superficie de la herida, sobre todo del texido celular, cuyas láminas les parecen muy propias à tomar esta nueva forma. El exâmen de todo lo que sucede en la cura de las heridas, y lo que se observa despues de su curacion, depone contra esta pretendida reparacion. Es muy extraño, dice el Sr. *Louis*, que se haya puesto en disputa el modo como la naturaleza traba-

xa en un caso, en el qual su modo de obrar es tan sensible y manifiesto.

Esta qüestion tratada en las Memorias de la Academia, dice el Sr. *Louis*, ha parecido interesante, y ha excitado una grande emulacion en muchos. El Sr. *Bezoet de Roterdam* (f), Doctor de Medicina, publicó en Leyda en 1763 una Disertacion sobre la consolidacion de las heridas; no admite la regeneracion de las carnes, y hace vér quán poco fundada es la doctrina de esta pretendida regeneracion. Para esto dice, que la sola inspeccion de los fenómenos que se manifiestan en las heridas en todo el tiempo de su curacion, le parece una prueba demostrativa de que las sustancias destruidas, nunca son regeneradas; y por consiguiente, que no hay ninguna regeneracion de carne en ellas; para lo qual exâmina desde luego lo que sucede en el primer momento por la salida de la sangre, por la contracion de los vasos cortados, y por el contacto del ayre. A este primer estado en que la herida es sangrienta, sigue el de inflamacion acompañada de calor y de calentura, y es el segundo estado de una herida. El tercero ò quarto dia mas ò menos tarde, segun las circunstancias, la superficie de una herida comienza à humedecerse por el relaxamiento de los orificios de los vasos divididos, de los que sale un humor que se hace purulento, la tumefaccion y la tension de los bordes de la herida disminuyen insensiblemente, y lo mismo el calor, la rubicundéz y

(f) Estudió dos años la Cirugía en París con el Sr. *Sabatier*, en el tiempo que la qüestion de la regeneracion de las carnes era el asunto de las discucisiones Academicas, y aunque su Obra haya precedido algunos años à el volumen de la Acad., en que se trata esta qüestion, no tiene por esto la ventaja de prioridad à el trabajo del Sr. *Fabre*: este Académico habia hecho la primera lectura de su Memoria, baxo el título de Ensayo sobre el mecanismo de la regeneracion de las carnes en 13 de Abril de 1752.

y el dolor que son los simptomas de la inflamacion. Este tercer estado es el de la supuracion. En fin, el pus se hace mas tenue y menos abundante, los bordes de la herida se baxan, las carnes se desecan poco à poco, y se forma una cicatríz sobre las partes que están descubiertas. El Sr. *Bezoet* pone aqui la opini on de *Boerhaave* y de *Van-Swieten*, su sábio Comentador, sobre el mecanismo de la naturaleza en estos casos. Estos creen vér llenarse la herida cada dia, poco à poco, desde el fondo à la superficie, la que exâminada con el microscopio, representa las extremidades tiernas y pulposas de los vasos excrescentes, y que por el tocamiento y union de los orificios de estos vasos asi alargados, la sustancia perdida se halla restablecida y reparada por una verdadera regeneracion.

Engañanse, dice el Sr. *Bezoet*, en creer que la cavidad de las heridas, que diariamente disminuye à la vista, se deshace por la produccion de una nueva sustancia. Esta aparente encarnacion es el efecto necesario del desentumescimiento de los bordes de la herida: la supuracion opera el desahogo de los vasos entumecidos, y à proporcion que los sólidos se afloxan, los labios de la herida deben necesariamente acercarse, y en fin, reunirse y consolidarse, como se vé aun en las mismas heridas en donde no hay pérdida de sustancia; pues quando éstas se terminan por supuracion, se observa la misma protuverancia de vasos, y la encarnacion no tiene aqui lugar, porque la naturaleza no tiene pérdida alguna que reparar; y por consiguiente no hay ninguna regeneracion, aunque se observen los mismos fenómenos que en las heridas en que se ha creido haber la formacion de una nueva sustancia. Este solo egemplo es perentorio, y prueba que la regeneracion de las carnes no es mas que un ente de razon, y una de las mas perniciosas preocupaciones que se han introducido en la teórica de la Cirugía para alterar la práctica, como

mo se verá adelante quando se trate del rambersamiento de las Palpebras.

En las heridas en donde ha habido la mayor pérdida de sustancia no se vé vestigio alguno de reparacion. Para probar el Sr. *Bezoet* esta proposicion, se sirve de los miembros amputados. La cicatríz del muñón está unida al hueso, la cutis está arrugada en forma de sulcos de la circunferencia al centro sobre las extremidades musculares. A estas observaciones constantes y comunes, añade un hecho particular sobre una herida de cabeza con una gran porcion de craneo descubierto, semejante à la que queda propuesta anteriormente en la primera objeccion del Sr. *Louis*. El Sr. *Bezoet* observó que la cicatríz nacia de la circunferencia de la herida, y que se adelantaba ácia el centro por la desecacion de las papilas que sobresalian en forma de botones en la superficie del hueso, resultando una lámina muy delgada que cubria el cancro, pero sin ninguna reparacion de las partes que constituyen los tegumentos naturales. Es inutil el advertir aqui, dice este Autor, que la sustancia que cubre la superficie del hueso, en semejante caso, no es la vèjetacion de una nueva carne, y sí los vasos del mismo hueso, que no estando contenidos, se entumecen en la superficie, como sucede en la mas simple solucion de continuidad.

La formacion de las carnes fungosas no es, como algunos creen, argumento en favor de la regeneracion. Estas vejetaciones preternaturales se forman ò se producen algunas veces en tan poco tiempo, y en un volumen tan considerable, que se dexa conocer no son otra cosa que una replecion humoral de los vasos, y una demasiada estension del texido adiposo; porque faltando à éste la cutis que le cubre y sostiene, debe necesariamente hincharse, distenderse al exterior, y sobresalir del nivél del cutis. Ultimamente, tampoco es argumento en

fa-

favor de la regeneracion, dice el Sr. *Bezoet*, la aumentacion que observamos en el embrión hasta el estado de hombre perfectamente formado; pues en el caso que la regeneracion de las carnes en las heridas se hiciese del mismo modo, como quieren algunos, las heridas de aquellos que ya han adquirido todas sus dimensiones, como sucede en los adultos, serian incurables, pues ya no tiene mas lugar en ellos el aumento; y en los niños y jóvenes, en quienes la naturaleza está constantemente ocupada en el aumento, y medra de todas las partes del cuerpo, no podria reparar la sustancia que habria sido destruida en una herida. En este caso todo el miembro crece igualmente, pues no hay ninguna parte que no participe del favor de esta funcion natural; y por consiguiente, el fondo y paredes de la herida no pueden adquirir mas que las dimensiones que hubieran tomado, si no hubiera habido herida. De todo esto se vé claramente, que en este mecanismo no hay cosa que pueda reparar la sustancia perdida, à menos, dice este Autor, que no se pretenda que en el caso fortuito de una herida, haya alli una facultad generatríz mas activa que la que produce el aumento y medra natural; y esto sería creer un absurdo. El Sr. *Bezoet* refiere en su disertacion lo que los antiguos han dicho contra la regeneracion de las sustancias perdidas, y la frívola distincion que han hecho para conciliar los principios incontrastables de la no regeneracion de las partes, con la nueva produccion que han creido vér en la cavidad de las heridas, conviniendo en que las partes espermaticas no se regeneran; que las sustancias de un tendón, de un hueso, &c. no se reproducen jamás, y queriendo restringir esta verdad decian que las partes sanguineas eran susceptibles de reparacion. ¿Pero quáles son las partes sanguineas que no son espermaticas?

El Sr. *Gerhard Eyting* sostuvo en las escuelas de Medi-

dicina de Strasbourg. en 22 de Mayo de 1770, una tesis sobre la consolidacion de las heridas con pérdida de sustancia. Este Autor, dice el Sr. *Louis* (g), parece haber leido con atencion las Memorias publicadas sobre esta materia en el quarto volumen de la Academia, las que no le han convencido enteramente su entendimiento. Para aclarar las dudas que le quedaban sobre la regeneracion de las carnes, ha juzgado conveniente hacer algunas experiencias sobre los perros, à quienes ha levantado porciones de tegumentos de la cabeza con el pericraneo. Los fenómenos observados en la cura, y despues de la curacion de estos animales, no han podido persuadirle à que no se hacía ninguna regeneracion. Conviene en la solidéz de las razones, por las quales se refutan los argumentos sacados de ciertos hechos producidos como pruebas incontestables de la regeneracion, que solo prueban la ilusion que han hecho en los observadores; en fin, no admite el sistéma del Sr. *Fabre*, ni las observaciones del Sr. *Louis* sobre esta doctrina, en la qual halla no obstante un cierto grado de solidéz, pero insuficiente para hacerle despreciar toda especie de regeneracion, dando la preferencia al parecer del Sr. *Quesnay*, y al del Sr. *Bertrandi*.

Pero segun el Sr. *Louis*, el Sr. *Quesnay* no solo ha combatido, sino que ha hecho ridicula la opinion de la vejetacion y de la reproduccion de las sustancias destruidas en las heridas. La autoridad del Sr. *Bertrandi*, dice, es aun menos favorable. Este corta decisivamente la dificultad, negando toda especie de regeneracion. En el tratado de Operaciones que cita el Sr. *Eyting* se lee en la misma pagina que señala, que el Sr. *Bertrandi* ha adop-

ta-

(g) Nuevas observaciones sobre la pretendida regeneracion de las carnes en las heridas y ulceras, insertas en el 5. volum. en 4. de los de la Acad. Real de Cirug. de París.

tado un parecer contrario à aquel que él le da.

En muchas partes de este tratado he dicho (el Sr. *Bertrandi* es el que habla) que en todas las Operaciones se debia conservar lo mas que se pudiese de tegumentos, porque es principalmente su accrcamiento quien acaba la cicatríz en estas heridas, que son acompañadas de pérdida de sustancia. Muchos Autores creen, no obstante esto, que las partes pueden reformarse y restablecerse por la union de las arterias con las arterias, de las venas con las venas, de los nervios con los nervios; ò que todas estas partes se aumentan y reproducen de nuevo: ¿pero si una tal reproduccion fuese posible, por qué estas partes no son mas grandes, y no pasan el nivél de los mismos organos? ¿O por qué los miembros no se reproducen, pues que son de su primer origen formados y aumentados de de la extrémidad de las fibras orgánicas? Y mas abajo añade, que quando del fondo, y de todos los lados de una herida se eleva una sustancia fungosa, que parece ser carne, los Cirujanos dicen entonces que la herida se encarna, y que la cicatríz no tardará en formarse. ¿Pero no es cierto, que estos pequeños botones, de el conjunto de los quales es formada esta sustancia, impropiamente llamada carne, debe supurar, ser detergida, ò ser como se dice desecada, para que la cicatríz se forme? Esta cicatríz se hace siempre por un aplanamiento y desecacion de esta especie de carne superflua; de modo, que toda la cicatríz es undida, y mucho mas angosta que la herida que la precedió &c.

Todos los hechos que refiere el Sr. *Bertrandi* para probar la doctrina del aplanamiento, y de la desecacion, contraria à la de la regeneracion, son con el fin de establecer, que la cicatriz es una soldadura inorgánica producida por la espesura y concrecion de una materia mucosa. Estas verdades no son vanas especulaciones, ellas dan

lo

los principios mas sólidos para dirigir al Cirujano en la curacion de las heridas y de las ulceras, con los buenos sucesos, que muy dificilmente se conseguian por falta de claras noticias sobre el verdadero mecanismo de la naturaleza. Esto es lo que se podrá ver tratado con bastante estension en la Memoria del Sr. *Champeaux*, que ganó el premio de la Academia Real de Cirugía de París, sobre la qüestion que propuso para el año pasado de 1774, la que estaba concebida en estos terminos: *Exponerme los inconvenientes que resultan del abuso de los ungüentos y de los emplastos, y de qual reforma es susceptible la práctica vulgar en la curacion de las ulceras* (h).

ARTICULO TERCERO.

DE LA HEMORRAGIA.

UNO de los mayores accidentes que sobrevienen à las heridas es la hemorragia. El Sr. *Ledran* (a) asegura que no hay herida incurable, si la hemorragia y la inflamacion no sobrevienen. *Heister* nos pone todos los medios que hasta su tiempo se habian inventado para contenerla, y no obstante las ventajas que el Sr. *Petit* (b) nos hace ver en la metodica compresion inventada

(h) Colecc. de Prem. de la R. Acad. de Cirug. de Paris. tom. 4. part. 2. en 4.

(a) Ledran. Observ. de Cirug. tom. 1. pag. 286.

(b) Mem. de la Acad. R. de las Ciencias, año de 1731, de 1732 y de 1733. El Sr. *Theden*, tercer Cirujano de los Egercitos del Rey de Prusia prueba con muchas observaciones ha detenido siempre la sangre en las arterias del todo cortadas con solo la compresion. Vease su Obra intulada Nuevas Observaciones y Experiencias para enriquecer la Cirugia y la Medicina.

da por él, *Heister* da la preferencia à la ligadura del vaso: pero como ésta es dolorosa, y atrae algunos accidentes, y otras veces es impracticable; y practicada falta; los Cirujanos siempre atentos al aumento de la Cirugía, por el bien de sus compatriotas, deseaban encontrar un medio, que sobre ser seguro, no fuese tan molesto à los enfermos. Esto es lo que se encuentra en el Agarico, de este hallazgo somos deudores al Sr. *Brossad*. En el año de 1750 vino éste à París à proponer su tópico, como infalible para detener la sangre de las arterias, permitiósele hacer la aplicacion en una operacion de Aneurisma falsa consecutiva, hecha con una espada en el brazo; sostenido por una conveniente compresion detuvo bien la hemorragia, y el enfermo sanó sin ligadura: despues fue aplicado en diferentes amputaciones de brazos y piernas, y en todas con felicidad.

Restaba aun conocer la eficacia de este remedio en los vasos de mayor diametro. El buen suceso con que los Sres. *Androuillé*, *le Riche* y *Robin* (c) han detenido la sangre con este tópico en las amputaciones del muslo, prueban no hay casos, en que no se pueda contar sobre este remedio, como sobre la ligadura, prefiriendole por no tener éste los inconvenientes que aquella. El método de usarle consiste en suspender del todo el curso de la sangre mientras su aplicacion por medio del torniquete, y despues de limpia la herida, se pone un pedazo en seco, la parte opuesta à la corteza sobre el orificio del vaso abierto, encima se pone otro algo mayor; y despues se sostienen con hilas compresas, y una conveniente compresion.

Por mucha confianza que se tenga, tanto en la liga-

(c) Mem. leida en una de las Sesiones públicas de la Acad. Real de Cirug. de París en 1754. Hist. de la misma Real Acad. tom. 3. pag. 2.

dura del vaso, como en la aplicacion del Agarico, estos medios son impracticables quando la arteria está situada tan profundamente, que no se puede descubrir, ni alcanzar. En este embarazoso caso, dice el Sr. *le Vacher*(d), la compresion es el solo recurso, y ésta es, segun el Sr. *Petit* (e), la que se debe preferir en todos los casos; lo que no extrañarán aquellos que conocen el modo como la naturaleza obra en la curacion de las arterias abiertas. En este caso la sangre que sale primero, se quaja por la quietud, y se endurece por la disipacion de las partes mas sutíles, y menos viscosas, la que sale despues se va à detener detrás de la primera para fortalecer aquella especie de costra que ha formado, hasta que su consistencia sea suficiente à permitir la union con los bordes de la herida de la arteria, y en todo el tiempo de esta natural operacion la sangre no deja de pasar en la continuidad de la arteria por debaxo de la parte ofendida (f). Esta ligera exposicion de la doctrina del Sr. *Petit* basta para hacer ver

(d) Mem. sobre las Hemorrag. de las Art. profundamente situadas, leida en la Sesion pública de la Acad. Real de Cirug. de París, en 30 de Abril de 1767.

(e) En sus Obras Posthumas, tom. 3. §. IV. pag. 170.

(f) El Sr. *Pouteau* en sus miscelaneas de Cirugía no atribuye la cesacion de las hemorragias ni al quagulo, ò grumo de la sangre, como el Sr. *Petit*, ni à la retraccion de las túnicas arteriales, como el Sr. *Morand* quiere poner en duda la realidad de esta retraccion, que segun él, solo puede tener lugar quando la arteria está cortada en todo su diametro. En quanto al quagulo dice, que rara vez ha visto tales señales en la dissecion de los muñones despues de las amputaciones de los miembros, ni en las experiencias que con este fin ha hecho en los animales. El principal dique que se opone à la salida de la sangre, segun el Sr. *Pouteau*, es la tumefaccion del texido celular por debajo de la ligadura, y el engruesamiento de las túnicas arteriales, que tambien participan de la misma tumefaccion; pero el Sr. *Foubert* en todos los brazos que ha disecado de las personas que él habia operado la aneurisma, encontró la avertura de la arteria tapada por un quagulo muy sólido. Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 2. vol. en 4.

ver que quando se puede comprimir, inmediatamente la rotura de una arteria, no hay necesidad de una fuerte compresion para detener una hemorragia, porque un simple grumo la puede hacer cesar. Concibese que aun en el caso de que la arteria esté situada tan profunda que no pueda ser puesta à descubierto, el Arte no puede hacer mas en aquel momento, que oponer obstáculos al progreso de la extravasacion de sangre en el texido celular. El Sr. *le Vacher* ha hecho ver por muchas observaciones los inconvenientes y el peligro de la compresion, por la qual solo se pone un dique para oponerse á la salida de la sangre, llenando y atacando la herida, ò comprimiendo sin método el tumor formado por la sangre detenida.

La sangre extravasada no es obstáculo à la continuacion de la hemorragia, hasta que no pudiendo estenderse mas el cutis, forma una resistencia superior à la fuerza con que sale. La compresion hecha como se acostumbra sobre el centro del tumor, no aumenta esta resistencia, antes sí, su efecto es hacer que el texido celular se aparte para dar paso à la sangre extravasada que detenia, y el tumor se aplana; pero hace progresos ensanchandose por la continuacion del derramen. Para prevenir este peligroso inconveniente, es menester aplicar los medios compresivos, no en el centro del tumor, sí sobre las partes circunvecinas, à fin de aumentar la resistencia que la sangre tiene que vencer para dislacerar el texido celular. Unas compresas gruesas aplicadas con arte à la circunferencia del tumor, sostenidas por un vendage convenientemente apretado, producirán todo el efecto que se desea, imitando el modo cómo la naturaleza trabaja para detener las hemorragias. La compresion no debe ser tan fuerte que impida la circulacion en los principales vasos de la parte comprimida, sobre todo si se hace uso de todo lo que puede disminuir la fuerza con que la sangre circula en la arteria he-

rida. La sangria y demás remedios, que moderan la viveza de la circulacion son convenientes; pero lo mas principal y de mayor utilidad es una compresion sobre el paso de la arteria por encima de la parte herida, especialmente si se hace con el torniquete del Sr. *Petit*, que puede ser apretado à un punto necesario para dejar pasar la cantidad de sangre precisa à la conservacion de la vida de la parte: pero como hay necesidad de que dure largo tiempo esta moderada compresion, es menester mudar el punto del apoyo, porque continuada sobre una misma parte, precisamente la ha de molestar. A estas precauciones aunque en la apariencia de corta entidad se debe el buen éxito, aun en los casos mas graves.

Wan Swieten ha creido hallar en las ligaduras, que solo comprimen las venas, un socorro contra las hemorragias, en las quales no pueden aplicarse los auxîlios chirurgicos. El Sr. *Lassus*, en una memoria sobre el efecto de las ligaduras aplicadas à las extremidades, leida en la Sesion pública de la Academia Real de Cirugía de París, en 30 de Abril de 1767, prueba por las leyes de la circulacion, que las floxas compresiones en las partes distantes, son del todo inutiles, y que atando todas las venas, la hemorragia se aumentaria. Los hechos de práctica que se podrian oponer, no son nada menos que concluyentes. En los casos en que se cree que las ligaduras han detenido una hemorragia, el Sr. *Lassus* atribuye este efecto muy natural à el sincope, y à las grandes evacuaciones que lo han causado; y nos da en su Memoria observaciones decisivas sobre el peligro de las ligaduras. Del mismo *Van Swieten*, toma una observacion de *Boerhaave*, de donde se puede sacar una conseqüencia del todo contraria al dictamen de *Wan Swieten*, haciendo ver, que las ligaduras aplicadas à las extremidades que no compriman mas que las venas, no podrán jamás de-

detener una hemorragia, resultando mas presto un efecto del todo contrario; pero que por la aplicacion de estos medios dirigidos, segun los verdaderos principios, opuestos à la doctrina de los Antiguos, se puede conseguir efectos saludables en los casos de una evacuacion suprimida.

ARTICULO QUARTO.

DE LAS HERIDAS DE ARMAS DE FUEGO.

Conviene sepa el Cirujano en quáles de estas heridas es necesario para salvar la vida al herido hacer en el instante la amputacion del miembro, y en quales para el mismo fin es preciso el diferirla. *Heister* nada nos dice sobre esto; pero el Sr. *le Conte* Cirujano de Arcueil, nos lo ha demostrado muy bien (a). Juzga éste necesario hacer la amputacion en el instante en siete casos. Primero: Quando uno de los grandes huesos de las extremidades se ha roto en su continuidad, de modo que la reunion sea fisicamente imposible. Segundo: Quando hay muchas fracturas, y en diferentes partes en la continuidad de un mismo hueso. Tercero: Quando el hueso está roto cerca de la articulacion. Quarto: Con mayor razon habiendo rotura de las piezas que componen la articulacion. Quinto: Quando el cuerpo contundente está clavado en el hueso, de modo que no puede ser sacado, y que hay disposicion próxîma para los mas grandes accidentes. Sexto: Estando la principal arteria rasgada, y sin es-

---

(a) Premios de la Real Acad. de Cirug. de París. 4. volum. en 4.

esperanza de poder detener la hemorragia. Septimo: Estando una parte del miembro mas ò menos irregularmente arrancada, por un golpe de arma de fuego.

Los casos en que es necesario diferir la amputacion, los divide en dos, ò porque habrá mucho peligro en hacerla en el instante, ò porque se la puede diferir sin gran peligro. Baxo de la primera parte de esta division se comprehenden los seis casos siguientes. Primero: La herida complicada con rotura de hueso, y acompañada de una fuerte commocion. Segundo: Demasiado vigor en el herido junto con la commocion. Tercero: Vicio en los liquidos reconocido por las señales propias. Quarto: Perversion de liquidos por la irregularidad de las curaciones antecedentes. Quinto: La inflamacion de alguna viscera principal. Sexto: Una mortificacion aparente y no fixa. Baxo de la segunda parte de la division se comprehenden: Primero: La colision hecha por una causa poco violenta. El segundo: El rompimiento del hueso en su parte media, ò la fractura en la extremidad inferior del hueso, sin que la articulacion sea ofendida. Tercero: En fin los huesos de la mano ò del pie heridos en la articulacion, sin estár absolutamente rotos.

El Sr. *Bilgher* Cirujano de los Exercitos del Rey de Prusia dice, que la amputacion debe ser casi del todo desterrada de la Cirugía (b), *quasi ab roganda*, pero el Sr. de la *Martiniere* la halla precisa en algunas ocasiones. Este en una Memoria sobre las heridas de arma de fuego (c) justifica à la Cirugía de la injuria que la ha hecho el

(b) *Dissertatio inaugularis Medico chirurgica de membrorum amputacione rarissime administranda, aut quasi ab roganda &c.* Esta disertacion ha sido traducida con notas en Francés, baxo del titulo de Disertacion sobre la inutilidad de la amputacion, por el Sr. *Tissot*; y con este mismo titulo en Español, por *Don Josef de Vega.*

(c) Mem. de la R. Acad. de Cirug. de París. 4. vol. en 4.

el Sr. *Bilgher*, y aun mas el Sr. *Tissot*, su Traductor, de recurrir muchas veces sin necesidad à la amputacion de los miembros en esta clase de heridas. El Sr. de la *Martiniere* asegura, que la Cirugía no prescribe la amputacion de los miembros sino en los casos extremos, en donde este sacrificio es indispensable para la conservacion de la vida, y que estos casos no son tan raros como el Sr. *Bilgher* lo pretende; y por consiguiente es sin fundamento lo que el Sr. *Tissot* insinua en el titulo de su traduccion, de que la amputacion es siempre inutil. La experiencia y la razon demuestran de concierto, dice el Sr. de la *Martiniere*, que por esta operacion han sido conservados à la vida un gran número de sugetos, que infaliblemente la hubieran perdido, y que por la omision de este recurso puede ser haya costado la vida à mayor número.

El primer caso en que cree este Autor estár indicada indispensablemente la amputacion, es aquel, en que un miembro ha sido del todo arrancado por una bala de cañón. La dislaceracion de los musculos, de los tendones, de los nervios, de los vasos de todos generos, forma una herida irregular y de grande estension, hecha de pedazos de las partes rasgadas, contusas y magulladas, capaces de caer prontamente en gangrena, y que solo podrán formar una supuracion putrida mas peligrosa que la misgangrena. El hueso que sostiene las carnes está cortado desigualmente con puntas agudas, y ángulos cortantes capaces de causar peligrosos accidentes, aun en las carnes que estén menos maltratadas. ¿Qué partido, dice, se tomará en iguales circunstancias? El Sr. *Bilgher* asegura haber curado enfermos en estos dificultosos casos sin recurrir à una nueva operacion tan recomendada por los mejores practicos; pero el Sr. de la *Martiniere* pretende por otra parte, y con razon, que esta nueva operacion ha salvado à infinitos la vida. Para probar esto, hace la pintura de

los

los esfuerzos que está obligada à hacer la naturaleza, quando à ella sola se la confia el cuidado de la cicatrizacion de semejantes heridas; y opone las favorables mudanzas que la amputacion debe hacer, en mudando el aspecto de una herida espantosa, en el de una simple herida, mas igual, de menos estension, y que debe hacer el trabajo necesario de la naturaleza para la curacion, menos penoso, y así se asegura mucho mejor el suceso. El segundo caso que el Sr. de la *Martiniere* propone para probar la necesidad indispensable de la operacion, es quando el miembro no está enteramente arrancado, que el desorden de las partes es algunas veces tan considerable; que no se puede intentar la conservacion sin gran peligro. Algunos exemplos de enfermos curados en estos casos raros, no le parecen suficientes para destruir el principio favorable de la amputacion; esto és lo que demuestran los efectos que acompañan ordinariamente la curacion de estas heridas, quando no se ha determinado el enfermo à dexarse hacer la operacion; y si la amputacion no salva à todos los heridos, no es, dice el Sr. de la *Martiniere*, por defecto de la operacion, sino por los accidentes inseparables de la Guerra, y algunas otras circunstancias extrañas que la operacion no puede mudar, pero que no puede por sí agravar. Ultimamente se debe practicar la amputacion siempre que de su uso deban resultar menos accidentes que de su omision, y estos casos no son tan raros como quiere el Sr. *Bilgher*; pues si es crueldad el hacer muy comunmente esta operacion, no lo es menos dexar de practicarla quando se está casi cierto, de que de omitirla, perecerá el enfermo.

AR-

ARTICULO QUINTO.

DAÑOS QUE SE SIGUEN EN SONDEAR las heridas de las cavidades.

PAra conocer si son ò no penetrantes las heridas de las cavidades, han acostumbrado todos los Autores hacer la inspeccion con la sonda ò tienta; pero los mas modernos no han querido seguir esta mala costumbre. El Sr. *le Cat* mira el uso de la sonda en estas heridas como una maniobra incierta, inutil y peligrosa. La sonda dice es un medio incierto para descubrir si las heridas son ò no penetrantes, porque la cutis, los musculos, en una palabra, las partes continentes, en mudando de situacion, pueden cerrar la entrada de la herida, impedir su introduccion, y hacer creer por esto, que la herida no es penetrante. Esto es lo que sucede comunmente, no obstante que se tenga la precaucion de poner al herido en la misma situacion en que estaba quando recibió el golpe, porque los musculos no están en el mismo grado de contraccion que estaban en el instante de una accion pronta; además, la inflamacion y tumefaccion producidas por la herida, pueden haber mudado la figura de las partes ofendidas, y por consiguiente la direccion de la herida; en fin, la herida puede estár tapada por algunas cosas que alli se habrán juntado, ò introducido.

La sonda es tambien un medio incierto para descubrir la lesion de las partes internas en las heridas del Abdomen; pues estando todas las partes contenidas del vientre flotantes la sonda una vez introducida, puede entrar bien adentro, sin que haya ninguna lesion en estas partes; y aun quando haya una grande herida en las par-

tes flotantes, sería gran casualidad que la sonda la encontrase; pero suponiendo que se encuentre, ¿quién podria asegurarlo? ¿Lo dirán las materias de que la sonda saldrá cargada? No, pues esta sonda antes de sacarla, se ha de limpiar contra las partes flotantes y tegumentos, y asi no nos puede dar sino indicios equivocos del estado de las partes internas. Igualmente, el uso de la sonda es inutil en las heridas de las demás cavidades. Lo primero, porque como se acaba de ver, es un medio incierto para descubrir la penetracion de estas heridas. Lo segundo, porque suponiendo que descubra seguramente la penetracion de una herida, solo descubrirá la simple penetracion. Es asi que una herida simplemente penetrante, y sin ningun accidente, se trata como no penetrante; luego no indicando la sonda otro tratamiento que la simple inspeccion exterior de la herida, la sonda es inutil.

El uso de la sonda, prosigue el Sr. *le Cat*, no solo es incierto è inutil, sino peligroso. Por exemplo, en una herida penetrante, y con accidentes que se la procura sondear con todas las precauciones necesarias; si porque la sonda no pasa, confiados en esto, se la cree no penetrante, y se cura como tal, el enfermo perece por haberse fiado en la sonda. Mas que la sonda pase, y nos instruya de la penetracion, y que haga el mismo camino que el instrumento que hirió; éste rompió algunos vasos que los grumos de sangre, ya habian tapado, la sonda los hace caer, abre de nuevo estos vasos, renueva la hemorragia y la extravasion, ò produce estos accidentes, que aun no habian sobrevenido, porque en el instante de la herida el temor del herido habia suprimido la hemorragia. Pero aun quando la sonda no produzca un accidente tan temible como éste, lo seguro es que à lo menos excita una inflamacion que siempre es pe-

li-

ligrosa; y puede causar tambien algunas supuraciones mortales. ¿Qué razon puede, pues, tener un Cirujano que sondea una herida del Abdomen? Dirán que para saber si es ò no penetrante, ¿pues cómo se ha de hacer la declaracion ante el Juez si no se sabe esta circunstancia? ¿Y qué, la ridicula curiosidad sin ser de ninguna utilidad à la curacion de un enfermo, le ha de poner en riesgo de matarle? ¿Quién habrá jamás imaginado que se deben hacer operaciones de Cirugía por curiosidad, y menos por una curiosidad tan peligrosa? Alegase la necesidad de declarar al Juez si es penetrante ò no; no, no es esto lo que el Juez quiere saber del Cirujano; lo que quiere es, que se le diga si es ò no peligrosa. Todos saben que una herida, por ser penetrante, no es mas peligrosa, ni de mas larga duracion si no tiene accidentes, que por la ausencia ò presencia de estos, es por donde se debe caracterizar la enfermedad al Juez, y sacar la indicacion curativa, y que sobre estos sólo se debe establecer la curacion; pues si estos accidentes indican extravasion ò lesion, aunque la sonda no penetre, y que ésta nos dé todas las seguridades de no ser penetrante la herida; se debe no obstante curar como penetrante, con lesion ò extravasion, y no fiarse en un instrumento, que del todo es incierto, inutil y peligroso (*).

(*) A ultimos del año pasado de 75 hirieron con un puñal à un hombre 6 dedos al lado del hombligo, el Cirujano sondeó la herida, y no pudiendo introducir la sonda, la curó como herida no penetrante; à otro dia de mañana sintió un gran dolor en aquella parte, y no obstante las sangrias, fomentaciones, emolientes y demás remedios que le hicieron, el dolor se le aumentó, y le sobrevino calentura, y al dia 5 murió. En la inspeccion del cadaver se encontró ser la herida penetrante, con bastante sangre extravasada, los intestinos inflamados, aunque sin herida, y una porcion del redaño gangrenado: sin duda que éste y los intestinos padecieron extragulacion entre los labios de la herida de los musculos, causa por la que la sonda no pudo entrar en la cavidad, cuya extragulacion cedió luego que aflojaron las partes con la muerte.

ARTICULO SEXTO.

DE LAS EXTRAVASIONES DE SANGRE en las heridas del Abdomen.

EL Sr. *Heister* habla vaga y superficialmente de las extravasiones de sangre en las heridas del Abdomen (a), cosa bastantemente extraña, no pudiendo menos de haber visto la Memoria sobre esta materia del Sr. *Petit*, el hijo, inserta en el primer volumen de la Academia de Cirugía de París, impreso el año de 1743. Este Autor establece en ella por muchos hechos tan concluyentes como interesantes, que se pueden formar en algunas heridas del Abdomen, que al principio han parecido ser de poca consequencia, extravasiones de sangre, à la que se puede dar felizmente salida por una incision, diez, doce ò quince dias, y aun mas despues de hecha la herida (b). Hasta el Sr. *Petit* se ha creido sin recurso las heridas que padecian extravasion por la falsa persuasion de que la sangre que vertian los vasos, se esparramaba irregularmente y sin orden en todos los repliegues y anfractuosidades de las visceras del Abdomen, teniendo por imposible el evaquarla completamente por una incision. Este Autor (c) hace ver, que mientras el herido vive, la sangre que vierten los vasos abiertos, no inunda las visceras del modo que se creía, sí que el juego y la accion de los organos la impiden que se derrame irregularmente, haciendo la ocupe siempre un espacio ò cavi-

(a) Instit. Chirurg. tom. 1. part. 1. lib. 1. cap. 1. pag. 51.
(b) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 1. vol. en 4.
(c) Idem, pag. 245 y 249.

vidad circunscrita, y bien determinada, limitada tanto por las mismas partes que se hacen adherentes las unas à las otras, como por la costra lymphática, que segun la sangre se va quagulando, va ganando la circunferencia de el quagulo, y toma la forma de membrana capáz de contener un liquido, y de impedir su derramen.

Conocese que hay extravasion por los accidentes conseqütivos, si estos suceden despues que los syntomas primitivos han desaparecido, ò han sido muy disminuidos; ò en fin, por la perseverancia de estos ultimos, si subsisten, sin embargo de todo lo que se ha practicado para calmarlos. En este ultimo caso, como no se puede estár asegurado de la exîstencia de la extravasacion, no se obrará con la misma certeza que en el primero; pero no es esta una razon tan poderosa, que nos haga estár en una inaccion, por remota que sea la sospecha de la extravasacion. Por lo que, en este ultimo caso debemos estár con mucho cuidado, pues con el menor indicio que tengamos, nos debemos determinar à la incision del vientre.

La sangre extravasada solo produce accidentes consecutivos. En el principio no incomoda mucho, ni por su volumen, ni por su peso, porque las partes ceden suavemente y poco à poco al mismo tiempo que aumentandose la sangre, va ganando terreno, y porque su volumen disminuye considerablemente en poco tiempo, por la resorcion de la mayor parte de su serosidad. Pero despues de un cierto tiempo, el liquido que exhalan sin interrupcion, todas las partes que forman la cavidad de la extravasacion, aumenta la sangre extravasada de tal modo, que hallandose dolorosamente distendidas, deben resultar irritaciones, inflamaciones y todo lo demás que de esto se sigue.

No es, segun el Sr. *Petit*, la acrimonia que algunos suponen contrahe la sangre extravasada, la causa principal

pal de los accidentes consecutivos. Todos saben que la putrefaccion no puede hacer muchos progresos en tanto que el ayre exterior no tenga entrada en el Abdomen; y aun quando esto sucediese, la costra lymphática, que con las adherencias de las partes limita la extravasacion, asegura y defiende las visceras de las impresiones de esta sangre que suponen acrimoniosa. El pronto y repentino alivio que sienten los enfermos despues de la operacion, aun quando quede alguna de esta sangre en el Abdomen, es una prueba sin réplica, de que solo es dañosa por el exceso de su volumen, y muy poco ò nada por sus qualidades. Quando la extravasacion es algo considerable, lo mas comun es juntarse la sangre en la pelvis, y en este caso el dolor y la tension comienzan en el hypogastrio, y despues se estiende à todas las demás partes del vientre. El enfermo está estreñido, tiene freqüentes ganas de orinar, y no puede. Quando la extravasacion es considerable, y está situada en otra parte, como por exemplo, entre la parte cava del higado y el colon, ò entre el estomago y el colon, los syntomas no son los mismos, y es muy dificil señalar quáles serán los que tengan lugar en este caso; el mismo Sr. *Petit* no los ha podido determinar; lo mas que nos dice es, que en estos casos los syntomas son siempre consecutivos.

El Sr. de *Garengeot* (d) confirma esta doctrina por muchos hechos bien observados, siendo la mayor parte de una data anterior à aquellos, que sirven de vasa à la Memoria del Sr. *Petit*, y explica muy bien por la extructura de la parte, y el uso y mecánica de los organos encerrados en el Abdomen, que la sangre no debe formar cavidades vagas y multiplicadas, como se habia creido sin fundamento, y establece y prueba por decisivas ob- ser-

(d) Acad. Real de Cirug. de París, vol. 2. en 4. pag. 115 y 124.

servaciones, que de qualquiera vaso que se vierta la sangre, va siempre à situarse en la parte anterior è inferior del abdomen, como las aguas en la hidropesía Ascitis; lo que determina del modo mas preciso los lugares en donde deben ser situadas las incisiones para dar salida à esta sangre. Esta doctrina manifiesta la falsedad de la opinion, que hacía creer que las heridas del vientre con extravasacion eran necesariamente mortales.

ARTICULO SEPTIMO.

DE LAS HERIDAS DE LOS INTESTINOS.

HEister cree que las heridas de los intestinos, que necesitan de sutura, son casi incurables (a); no obstante aconseja coserlos con la sutura continua ò de de pellegeros, por no dexar à los enfermos sin esperanza alguna de curacion. Pero como las tunicas de los intestinos no se pueden unir por sí solas, por ser demasiado delgadas, despues de hecha la sutura, se atrahe el intestino ácia fuera por medio de los hilos hasta que toque con el peritonéo, y se le mantiene en esta situacion, para que por este medio contrayga adherencia, y se una con él. Estos casos no son raros en la práctica, y por este medio se ha conservado la vida à muchos. Pero como la adherencia del intestino al peritonéo y musculos del Abdomen tragese algunos inconvenientes, el Sr. *Ledran* (b) aconseja otro genero de sutura, con la qual el intestino contrahe adherencia consigo mismo, y queda flo-

(a) Instit. Chirurg. tom. 1. part. 1. lib. 1. cap. VI. pag. 106.
(b) Trat. de las Operac. de Cirug. pag. 79.

flotante en el vientre y en su natural situacion, sin el inconveniente de padecer tiranteces y demás syntomas que de éstas se siguen, como sucede quando está pegado al peritonéo.

Para hacer dicha sutura, se tendrán tantas agujas redondas y delgadas, como puntos se deban hacer, enebrada cada una con hilo de un pie de largo, y sin encerar; se comenzará la operacion, haciendo que un ayudante sostenga el intestino en una de las extremidades de su herida, y el Cirujano sosteniendo la otra, pasará tantos hilos al través de los lavios, como fueren necesarios, observando que estén à tres lineas de distancia poco mas ò menos uno de otro; despues de haber pasado todos los hilos, se quitan las agujas y se anudan todos los de un lado juntos; y haciendo lo mismo con los del otro, se unen todos, y se tuercen à fin de que formen una especie de cordon. De este modo se frunce la porcion de intestino dividido, y los puntos que antes estaban apartados tres lineas, se hallan aproxîmados unos à otros, y en estado de poderse unir entre sí, sin que el intestino tenga que adherirse à otra parte. Hecha la sutura, se harán sostener por un ayudante los dos extremos del hilo reunido, y el Cirujano hará la reduccion con el método ordinario. Si la herida del intestino está acompañada de una perdicion de sustancia muy ligera, se practicará la misma sutura, pero si es muy considerable, será necesario pasar dos ò tres hilos en forma de asa, à fin de sujetar el intestino en la parte inferior de la herida, y por este medio facilitar la salida de las materias, è impedir que se derramen en el vientre.

Quando el intestino está del todo cortado, ò que por haber mucho tiempo que está fuera, ù otra qualquiera causa está gangrenado, en este caso debemos, à imitacion del Sr. de la *Peyronie*, primer Cirujano del Rey

de

de Francia, quitar lo corrompido, unir las dos extremidades del intestino à la herida con un punto de sutura, y curarla con el método comun. En los principios salen los escrementos por la herida; pero aglutinandose ésta poco à poco, aquellos toman su curso natural, y se cura el enfermo sin la incomodidad de un ano artificial (c).

ARTICULO OCTAVO.

DE LAS HERIDAS DEL ABDOMEN CON salida del Omento.

DE dos modos debemos considerar la salida del Omento por la herida; ò permitiendo esta su reposicion, ò impidiendola por ser demasiado estrecha. En el uno y en el otro caso, ò el Omento está sano ò alterado. En el caso de estrechéz, y que esté sano, aconseja *Heister* (a) se corte la porcion que sale por la herida, y se aglutine ésta, pero esto tiene sus inconvenientes. Si la porcion de Omento está sana, no será conveniente cortarla, los movimientos del herido ù otras causas la pueden hacer entrar en el vientre, y los vasos recien cortados verter la sangre en la cavidad con peligro del herido. En este caso los prácticos mas modernos no cortan el Omento hasta que éste haya adquirido adherencia con la herida, y la porcion que está fuera, se vaya poniendo flacida, y perdiendo su vitalidad. Otros aun en este caso no le cortan, y dexan su exfoliacion à la naturaleza, ò en caso que ésta tarde en hacerla, para adelantarla, hacen la ligadu-

(c) Vease adelante el Articulo 44.

(a) Instit. Chirurg. tom. 1. part. 1. lib. 1. cap. VIII. pag. 12.

ra, que en este este estado ya no trahe inconvenientes. Lo que parece nos obliga necesariamente à dilatar la herida para hacer la reduccion del Omento, es el hypo y vómitos que sobrevienen en este caso; pero muchos y buenos Cirujanos prescriben en general el evitar esta incision, y quieren se dexe la porcion del Omento (aun quando sea en gran cantidad) en la herida, à menos que alguna razon particular no pida que sea reducido. No vienen siempre estos accidentes de la tirantéz del Estomago, causada por el Omento estragulado en la herida, como se ha creido hasta aqui. El Sr. *Louis*, Cirujano en Metz, comunicó à la Academia Real de Cirugía de París una observacion con reflexîones muy juiciosas sobre un caso de esta naturaleza, en que prueba que las nauseas y vómitos son accidentes de las heridas del Abdomen sin salida del Omento: que estos accidentes muchas veces son sympaticos; y que la sangria, el régimen y demás calmantes los remedian.

En el caso de salir el Omento por la herida, y que ésta permita su reduccion no estando alterado, todos saben que sin pérdida de tiempo se debe introducir en el vientre; pero si por haber estado mucho tiempo expuesto al ayre, se ha puesto frio, morado y se ha mortificado, en este estado no será conveniente hacer la reduccion sin haber cortado primero la porcion alterada y corrompida. A este precepto se sigue naturalmente el de hacer la ligadura del Omento, cuyos vasos sanguineos, siendo muchos, podrian sin esta precaucion verter gran cantidad de sangre, y hacer perecer los enfermos. Esto mismo nos aconseja *Heister*, y aunque es cierto que ha sido hecha muchas veces sin inconveniente, tambien lo es, que hay muchas observaciones de sus malos efectos, y que muchos de los modernos entre ellos el Sr. *Pipelet* la han condenado (b).

El

(b) Mem. de la R. Acad. de Cirug. de Paris. 3. vol. en 4.

El método recibido para hacer esta ligadura es, tirar el Omento hasta que se descubra la parte sana. El Sr. *Pipelet* el mayor observa el peligro de tirar de una membrana tan delicada, que se la debe manejar con mucho cuidado. Todos los Anatómicos saben con qué destreza es menester tocarla quando se la quiere soplar en las demonstraciones Anatómicas. En el vivo hay el riesgo de magullar sus vasos, y de atraher alli la inflamacion que prontamente será seguida de la supuracion ò gangrena. Habiendo pues este riesgo en tirarle, no se podrá nunca hacer la ligadura sino mas arriba de la parte que se descubre à lo exterior; pero si esta parte que se estragula por la ligadura está inflamada, ¿qué accidentes no deben resultar? La inflamacion hará progresos, y el enfermo perecerá infaliblemente. Las razones de esto se dexan conocer bien, y son expuestas en los principios de Cirugía sobre las inflamaciones en general. Mucho menos peligro habria si la ligadura se practicase sobre una porcion del Omento, que no fuese capáz de ser reanimada por el calor de las visceras; y puede ser que solo en un caso como este sea en donde no haya trahido ningun inconveniente. Entre muchas observaciones que pudiera traher sobre los malos efectos de la ligadura del Omento, solo pondré una del Sr. *Pouteau* el hijo, Cirujano del Hospital de Dios de Leon. Habiendo hecho éste la operacion de la hernia à un hombre, por haber estragulacion, despues de la reduccion del intestino, quiso hacer la del Omento; pero era tan considerable su volumen que habria sido necesario hacer una grande incision à el anillo para reponerle en el vientre. El Sr. *Pouteau* hizo la ligadura, el enfermo fue luego aliviado de los accidentes que causaba la extragulacion del intestino, el vómito cesó, y tuvo sus evacuaciones por el ano; póco tiempo despues el enfermo se quexó de un dolor en el vientre,

se le sangró cinco veces, se le hicieron fomentaciones emolientes, y murió, treinta y seis horas despues de la operacion, de la gangrena en el Omento, como lo demostró la abertura del cadaver. Vease aqui un efecto cierto del mal suceso de la ligadura.

De las observaciones hechas por los Sres. *Pipelet* y *Louis* sobre los animales, resulta, que en aquellos à quienes no se hizo la ligadura, el Omento estaba en el estado natural, à excepcion de una ligera y simple adherencia al peritonéo en el sitio de la herida, y sin dureza, ni otra indisposicion preternatural, y que por mas precaucion que se tomó en la reduccion del Omento, en los que se habia hecho la ligadura, la adherencia à la parte interior de la herida era la misma; pero en todos sin excepcion formaba el Omento encima de la parte que la ligadura habia apretado, un cuerpo calloso sin inflamacion, del volumen de un pequeño huevo en aquellos en que la ligadura habia abrazado una grande porcion de Omento, y algo menor en otros à proporcion de la cantidad que habia sido atada. El tuberculo que parecia simplemente Escirroso, y formado por la dureza que adquirió el humor adiposo, contenia en su centro un absceso bien caracterizado, lleno de una materia espesa, y de un color blanco verdoso. No se puede decir fuese esto efecto de una disposicion particular à algunos animales, pues solo se observó despues de la ligadura, y constantemente en todos los que la habian sufrido. Estos accidentes consecutivos de la ligadura no se manifiestan hasta pasado mucho tiempo, y quando ya estamos en la mayor seguridad del buen exito de la operacion.

Si contra estas experiencias se objetan las observaciones que atestiguan la perfecta curacion despues de la ligadura del Omento, se debe creer que en estos casos la parte que fue ligada, se hallaba en una disposicion poco fa-

favorable. El Sr. *Pipelet* dice, que sin estár fria, ni morada, los jugos grasosos pueden estár congelados, y que la ligadura hecha en la apariencia sobre una parte sana, se ha practicado en una parte en donde la circulacion de los jugos estaba suspendida, y los enfermos han debido su salud à esta conjetura. Los hechos que se trahen sobre los buenos y malos efectos de la ligadura del omento, no se pueden conciliar sin esta disposicion en favor del buen suceso de la ligadura: suceso, como dice el Sr. *Pipelet*, que aun no está suficientemente probado por un gran número de observaciones; y que todo lo que puede atraher alguna convencion, concurre à establecer sus malos efectos; por lo que en caso que esta membrana grasosa se halle inflamada, es menester seguir el método de los Sres. *Pouteau* y *Pipelet*; esto es el de dexar fuera la porcion de Omento que sale por la herida, esperando su caida, manteniendo esta parte en quanto sea posible en la mayor libertad, sin que reciba compresion alguna; y en el caso que una porcion del Omento esté mortificada, debemos seguir el consejo del Sr. *Sharp* (c), que es cortar solo la porcion alterada cerca de la sana sin hacer ligadura, observando estender bien esta membrana grasosa antes de cortarla, por no exponerse à cortar alguna porcion de intestino que podrá haber salido con él. Cortando la porcion gangrenada cerca de la sana, se evita no solo los peligros que acarrea la ligadura, sino tambien la hemorragia que podria venir si se hiciese este corte en la parte sana, advirtiendo, que mas vale dexar algo de lo podrido, que cortar por lo sano, pues la pequeña porcion alterada, la naturaleza se sacude de ella; y cortando por lo sano no se puede evitar la hemorragia. Este excelente práctico asegura que siempre le salió bien este método.

AR-

(c) Oper. de Cirug. cap. IV. pag. 68. *Recherch.* crit. c. 1. p. 46 y 47.

ARTICULO NUEVE.

DE LAS HERIDAS DEL PECHO.

HEister (a) trata muy ligera y superficialmente de las heridas de las partes exteriores del pecho, que no penetran à su cavidad; y siendo estas heridas de alguna consideracion, me ha parecido poner aqui la doctrina que sobre ellas nos da el Sr. *Petit* (b). Las heridas hechas en las partes externas del pecho por instrumentos cortantes, son las menos peligrosas, porque están esentas de contusion, y la sangre que sale de los vasos divididos tiene mas libertad de salir fuera: no obstante hay algunas partes en la circunferencia del pecho, en las quales las heridas pueden causar peligrosos accidentes. La sangre detenida por la disposicion de las partes divididas se altera y hace la herida muy grave, si prontamente no se remedia. Los sitios donde se ha visto sucede mas comunmente esto, son los que cubren los Musculos, gran pectoral, gran dorsal y el trapecio. Quando un instrumento punzante ha pasado uno de estos Musculos sin penetrar en el pecho, la sangre se detiene en el texido celular que está debaxo sin poder salir fuera por la herida, porque el trámite de ésta ha mudado de direccion por la contraccion del Musculo herido. Esta sangre extravasada en mucha cantidad no se puede resolver; y no teniendo por donde salir, se altera è irrita las partes; de esto se sigue la inflamacion, calentura, supuracion y algunas veces la gangrena.

Si

(a) Instit. Chirurg. tom. 1. part. 1. lib. 1. cap. X. pag. 117 y 118.
(b) En sus Obras postumas, tom. 1. cap. III. §. 1.

Si la espada ù otro instrumento punzante, que rompe estos Musculos, son dirigidos ácia la axîla, la sangre encuentra, ya sea en su hueco, ò ya en el intesticio de de los musculos, un grande espacio para poderse derramar; y si sobreviene inflamacion, y se tarda mucho en hacer la abertura del absceso, la materia puede ocupar no solo el hueco de la axîla, sino tambien los espacios que hày entre el gran serrato, el subescapular, el grande y pequeño pectoral, gran dorsal y otros. Para prevenir estos desordenes se dilatan estas heridas lo mas pronto que se pueda, particularmente quando se halla una gran tension y tumefaccion debaxo de la axîla acompañada de vivos dolores. El modo de dilatar estas heridas consiste en introducir una sonda sulcada en el trámite de la herida lo mas adentro que sea posible, y conducir por la renura de la sonda un bisturí, con el qual se corta todo lo que está comprehendido en la sonda à menos que no haya un tendon ò nervio considerable, ò vasos sanguineos capaces de dar mucha sangre. En estos casos no pudiendo seguirse el trámite de la herida, nos contentarémos con la contra-abertura. El Sr. *Petit* fue llamado para curar un hombre que habia recibido una herida punzante sobre el tendon del Musculo pectoral. Esta herida, que habia parecido de poca consideracion, fue curada con una compresa mojada en aguardiente, y sostenida de un simple vendaje; el herido fue sangrado dos veces, padecia poco; pero la axîla en lugar de estár en su estado natural, formaba una eminencia gruesa como un huevo. El Sr. *Petit* introduxo en la herida la sonda sulcada, y la condujo ácia el hueco de la axîla: despues hizo una incision longitudinal sobre el tumor de dos dedos de larga, en la que metió el dedo hasta encontrar la extremidad de la sonda al través de la sangre quagulada, la que sacó facilmente, excepto la que estaba infiltrada en el texido

ce-

celular : curóle con la hila seca , y no levantó el aparato hasta pasados dos dias : en las demás curaciones hizo uso de los digestivos ordinarios , y el enfermo se curó prontamente.

Si para dilatar esta herida se hubiese seguido su direccion , se habria cortado el tendon del pectoral , y no se hubiera llegado al sitio del tumor sanguineo , sino por una via obliqua : con la incision hecha sobre el tumor debaxo de la axîla , se abrió directamente en la parte en que la sangre estaba junta , y si el vaso hubiera dado sangre, se podia detener con facilidad. Este vaso aunque considerable, segun se debe juzgar por la cantidad de sangre quagulada que sacó , estaba sin duda tapado por el quagulo que comunmente se forma en su extremidad. El Sr. *Petit* dice ha observado , que quando un vaso está abierto en un lugar donde hay mucho texido celular , la sangre se detiene con mas facilidad : proviene sin duda esto de que aquella que sale primero , se introduce en las celdillas de este texido , y quagulandose , forma un cuerpo sólido que no puede penetrar la sangre que sale del vaso.

Quando el instrumento ha pasado de una parte à otra , y formado contra-abertura , las infiltraciones de sangre no son tan considerables por tener ésta una doble salida. En este caso las mas veces no es necesario dilatar la herida , bastando solo poner una gruesa compresa entre las dos heridas , sobre éstas una simple planchuela , y despues una compresa que lo cubra todo con un vendage de cuerpo algo apretado , sostenido por el escapulario. Por este medio el espacio que hay entre las heridas , se halla comprimido , y la sangre contenida en ellas exprimida , y puede salir por las dos. Pero si hubiese hemorragia como muchas veces sucede , se procura contener por medio de una gruesa compresa , lo que se consigue comunmente si el vaso roto está cerca de una ù otra heri-

da,

da ¿ y aun quando esté en medio de las dos, siempre que la compresion se haga sobre la boca del vaso. La resistencia del pecho es muy favorable à este modo de detener la sangre. Si esto no basta, se dilatará la herida, à lo menos hasta encontrar con el vaso roto; y despues se detiene la sangre por uno de los medios dichos en el articulo de la hemorragia.

Las heridas hechas en las partes que circuyen el pecho por cuerpos contundentes, presentan otros fenómenos, y son mas peligrosas, porque la contusion puede estenderse à los huesos y à las partes internas. Algunas veces en el principio parecen estas heridas de poca consideracion; pero despues el enfermo se halla expuesto à perder la vida por el desorden oculto que resulta de ellas. Un Cavallero, dice el Sr. *Petit*, fue herido con una vala de pistola, dirigida obliquamente en medio del esternón, la herida era pequeña, pero la tabla externa del hueso estaba descubierta sin ser undida, el herido se halló tan poco incomodado de este golpe, que despues que se le puso una compresa mojada en aguardiente, bolvió à montar à caballo, y siguió el combate que duró mas de una hora. Luego que bolvió del campo, llamó su Cirujanó, éste aunque vió era una ligera herida, creyó ser necesario dilatarla, y descubrir el hueso; el herido no lo consintió, y solo quiso le curase con el agua vulneraria; observar dieta y quietud, y que se le hiciesen dos sangrias. Con esto no tuvo novedad hasta el dia cinco, que comenzó à sentir una ligera dificultad de respirar, y un dolor lento en toda la parte interna del pecho: la herida se puso inflamada en su circunferencia, y negra en su centro; se le hizo una incision crucial mas larga que ancha, y se le sangró muchas veces, con lo que cesaron los dolores, y se estableció la supuracion; y aunque el hueso tardó mucho en exfoliarse, el enfermo se curó perfectamente.

Esta clase de heridas sobre todo, quanto son menospreciadas en los principios, no tienen siempre tan felíz éxîto. El no haber sobrevenido mayores accidentes à esta herida, creo, con el Sr. *Petit*, fue la causa, no haber pegado la bala directa ò perpendicularmente sobre el esternón, y venir con poca fuerza. Esta clase de heridas pueden ser comparadas con las de la cabeza. De la que acabo de hablar, la membrana Aponevrotica y el periostio que cubre el esternón, estaban magullados y rasgados, y el hueso simplemente descubierto; pero una bala mas gruesa, empujada con mas fuerza, y mas perpendicular à el esternón, puede hundirle, romperle, meterse en su sustancia, y aun atravesarle; lo que nos obligará à practicar las mismas operaciones que se practican sobre el craneo. Las heridas del esternón no son las solas enfermedadès que nos dan ocasion de practicar el trépano sobre este hueso.

El Sr. *Petit* la ha hecho y visto hacer muchas veces y con buen suceso, por abscesos de causa interna, y yo en un caso semejante la he practicado en esta Corte, con felíz éxîto. Lo que acabo de decir de las balas que cascan ò rompen el esternón, se debe entender de las que cascan ò rompen las costillas y ternillas que unen éstas con el esternón. Una costilla puede ser contusa solamente, pero lo mas comun es el estár fracturada: en uno y otro caso se hacen las incisiones convenientes hasta la costilla, se cura la herida simplemente, y para prevenir la inflamacion se le pone al enfermo en régimen, se le sangra à proporcion de las fuerzas, con todos los demás remedios que se usan en una pleuresía.

Quando una bala de fusil da obliquamente en el lado del pecho, llevando toda su fuerza, puede sin penetrar en él, salir por otra parte mas ò menos distante de aquella por donde entró. Hay algunos sugetos tan carno-

nosos, en los quales se halla bastante gruesor para que las balas puedan correr un camino bastante largo, sin tocar las costillas; y hay otros, que aunque menos carnosos, la bala puede salir bastante lexos de su entrada, sin haber penetrado en el pecho, porque tropezando en una costilla, la hace mudar de direccion. En estos dos casos siendo considerable el espacio que hay entre estas dos aberturas, se dilatarán la entrada y la salida, y despues se curarán estas heridas simplemente, procurando por medio de la dieta, sangrias, diluentes y demás impedir la supuracion, no la de la herida, pues ésta lexos de oponerse à ella, se debe hacer todo lo posible para favorecerla; sí la supuracion de las partes vecinas, y sobre todo la que se puede formar interiormente entre la pleura y las costillas, que es la única cosa que se debe temer. Pero si la supuracion sobreviene sin embargo de todo lo que se ha podido hacer para evitarla, y que se manifiesta por las señales que la son propias, es necesario dar salida à la materia.

A este fin se dilata bien la herida exterior para descubrir el lugar supurado, despues con un bisturí romo, se cortarán los Musculos intercostales, segun la direccion del espacio que hay entre las dos costillas por debaxo y enfrente de la parte en donde la costilla ha sido tocada. Se debe cortar poco à poco y con cuidado hasta llegar à la cavidad en donde está la materia, despues se introduce el dedo índice para reconocer bien la cavidad, y dilatar la abertura si es necesario: extrahida la materia, se cura el absceso blandamente, siguiendo las correspondientes indicaciones.

Los cascos de bomba ò de granada, la bala de cañon y demás cuerpos duros contundentes empujados con fuerza, causan tan fuertes contusiones, que prontamente sobreviene la gangrena, si con tiempo no se hacen las in-

cisiones mas ò menos grandes, segun la estension del magullamiento, y segun las partes externas del pecho, que estos cuerpos contundentes han herido. La intencion general de estas incisiones, es la de evaquar la sangre extravasada para impedir que no se derrame, è infiltre en el texido celular. Quanto mas prontas sean hechas estas incisiones, mas utiles serán; porque la sangre encerrada en la parte contusa, no habiendo aun perdido su fluidéz, sale facilmente. Por este medio se evitan los grandes echimosis, las supuraciones, la gangrena y otros muchos accidentes; y si algunos vasos considerables se hallan rotos ò rasgados, se detiene la sangre con facilidad.

Las heridas penetrantes de pecho, especialmente las que son con ofensa de alguna de las partes contenidas, son de mas consideracion que las de las partes externas. Para distinguir bien las señales propias de la herida de los Pulmones en las heridas de pecho, es muy importante conocer los diferentes estados en que se puede hallar esta viscera; esto es, saber si está ò no adherente à la pleura, porque entonces los accidentes son muy diferentes. En el primer caso la dificultad de respirar no es tan grande; pero el enfermo experimenta de tiempo en tiempo, sobre todo quando se mueve sofocaciones, y no hay extravasion sino en la propia sustancia del Pulmón. Al contrario en el segundo caso, no solo hay extravasion en la cavidad del pecho, sino que el enfermo tiene gran dificultad de respirar, y tós continúa, y por la herida sale muy poca sangre. Estos dos estados del Pulmón herido deben ser cuidadosamente distinguidos en la práctica.

Las heridas del corazon son casi siempre mortales especialmente quando penetran hasta sus ventriculos. No obstante en las Memorias de la Academia Real de las Ciencias de París (c) se lee una observacion del Sr. de

le

(c) Acad. R. de las Cienc. de París, año de 1744, p. 14 de la Hist.

le Ecluse de un herido que vivió seis dias con una herida que penetraba el ventriculo derecho del corazon. No se puede poner en duda, que hay heridas penetrantes de pecho con lesion de las partes contenidas, que se curan por sí solas y sin ningun accidente; pero estos casos son raros, y lo mas comun es ser necesario recurrir à el arte. Los socorros no consisten en curaciones hechas cuidadosamente, pues à no haber extravasion de sangre sobre el diafragma, debemos, digamoslo asi, olvidar la herida exterior para solo ocuparnos con los accidentes que pueden sobrevenir.

Una cosa es bien incomprehensible, dice el Sr. *Valentin*, hablando de las heridas del pecho con extravasion (d): que tantos célebres hombres, tantos practicos instruidos, tántos Autores respetables que han tratado de ellas, no hayan nunca conocido el extraño obstáculo que deben inducir en la curacion casi todos los medios, indicados ò empleados por ellos para acelerarla. El fin de todos es, detener la hemorragia, y de todos los medios que ponen en uso, no hay apenas uno, que no sea capáz de renovarla. Esta clase de accidentes son muy freqüentes en los Exercitos. ¿Quántos de estos heridos han sido necesariamente victimas de los preceptos recibidos? De algun tiempo à esta parte se tiene por ridicula la idéa que nuestros primeros Maestros formaron de las heridas penetrantes de pecho. Los conocimientos que hemos adquirido en la physologia nos ponen à lo menos en estado de conocer quán pusilanime era su temor sobre la entrada del ayre entre los Pulmones y la pleura, y sobre la evaporizacion de los espiritus animales, que algunos de ellos han creido posible por estas heridas. La experiencia nos ha enseñado, que se puede sin

(d) Recherches critiques sur la Chirurg. moderne pag. 3. del Avertissement.

sin grande inconveniente tenerlas abiertas, y se ha creido deber colocarlas en la clase de las heridas simples quando no interesan las partes contenidas, ò el instrumento no ha producido accidentes, dividiendo las partes continentes. En quanto al método curativo, la contra-abertura, que en el mayor número de casos, debe ser considerada como el medio mas seguro y mas pronto para dar salida à la sangre extravasada en el pecho, es el que se tiene mas olvidado, y à el que no se recurre sino en los casos desesperados.

El Sr. *Valentin* dice, que estas preocupaciones contra la operacion del empyema han tenido sin duda su origen en las Obras de muchos Medicos que han publicado Tratados sobre las enfermedades del pecho, y que han dado, faltos de experiencia, en el mayor error; y despues de haber hecho ver los inconvenientes de los diferentes medios, que se emplean comunmente para facilitar la salida de la sangre extravasada en el pecho por una herida en esta cavidad, establece que la contra-abertura es la que merece la preferencia. Dos observaciones confirman su doctrina, y da por precepto el hacer la operacion del empyema en el lugar de eleccion, siempre que haya extravasacion causada por una herida que no esté exâctamente situada en el punto mas declive de la parte posterior del pecho; y que por la situacion no se pueda facilitar la salida de la sangre por ella. Sentado, pues, este principio, se puede en la primera curacion procurar la reunion de todas las heridas de pecho penetrantes ò no penetrantes, con lesion ò sin ella de las partes contenidas, haya ò no extravasacion.

En quanto à las señales de la extravasacion conocidas hasta aqui, no son en modo alguno ciertas; la teórica y la práctica confirman esta verdad. Los accidentes, que solo tienen su origen en las partes continentes del pecho,

nos

nos pueden engañar hasta hacernos suponer extravasaciones que no hay. Las disposiciones particulares en los organos encerrados en el pecho pueden tambien hacer variar los accidentes, è impedir el reconocer la extravasacion, aunque la haya. Por exemplo, las adherencias del Pulmon con la pleura ò con el diafragma, se pueden hallar formadas, de modo que la sangre extravasada no pueda caer sobre este Musculo, ni sobre el mediastino en qualquiera positura que se ponga al herido: en este caso los syntomas no son los mismos, y no se puede con seguridad pronosticar sobre la extravasacion.

El Sr. *Valentin* pretende, que el echymosis exterior es de todas las señales de la extravasacion aquel que puede conducir mas seguramente à el descubrimiento de la verdad: es necesario saber quán imposible es confundir este echymosis con los que acompañan comunmente las otras heridas, porque los unos y los otros tienen caractéres tan distintos, que si se los confunde, no hay disculpa para equivocarse. El echymosis, que denota la extravasacion interior de la sangre, está siempre situado en el mismo lado donde exîste esta misma, y en qualquiera punto de la circunferencia del pecho que esté la herida, el echymosis se forma ácia el ángulo de las costillas falsas, y toma su direccion ácia el Musculo sacro-lumbar. Algunas veces se observa en la superficie de este Musculo, y su color es el mismo que el de las manchas que aparecen en el vientre despues de la muerte; esto es, de un color de violeta claro: en fin, este echymosis no aparece hasta algunos dias despues del accidente, dexandose conocer facilmente, que no se puede atribuir esto sino à la infiltracion de la sangre extravasada; porque la parte mas fluida de este liquido, despues de haber penetrado la pleura en el punto mas declive del pecho, pasa facilmente entre las digitaciones que forman las ataduras del diafragma. El Sr.

Sr. *Valentin* pretende que este echimosis, no solo tiene lugar en las extravasaciones de sangre, sino que tambien sobreviene quando hay en esta cavidad una coleccion de agua ò de pus; para confirmacion de esto cuenta un exemplo decisivo.

ARTICULO DIEZ.

DE LAS HERIDAS DE LOS CONDUCTOS de Esternón ò Salivares.

EL Sr. *Heister* (a), hablando de las heridas de las mexillas, dice, que estando transversalmente cortado el conducto salivar ò de esternón, no se podrá aglutinar la herida si primero no se perfora este conducto hasta la parte interior de la boca. Hace Autor de este método de curar à *Cheseldeno*; pero à la verdad que éste no dice haberlo practicado. *Pareo* hace mencion de un Soldado que habiendo sido herido en la mexilla con una espada, le quedó una pequeña fistula, que vertia gran cantidad de agua clara quando hablaba ò comia, y se curó radicalmente cauterizando el fondo de la fistula. *Fabricio*, de Aquapendente, curó un caso semejante con la aplicacion de las compresas empapadas en las aguas termales de *Apona*. Los modernos, creyendo en muchos casos insuficientes estos medios han inventado hacer un camino artificial para que este humor pase del agujero externo, que casi siempre queda fistuloso, à la boca, y permita su consolidacion. El Sr. *le Roy* hizo este camino artificial por medio del cauterio, causando una grande pérdida de sustan-

(a) Instit. Chirurg. tom. 1. part. 1. lib. 1. cap. XIII. pag. 133.

tancia en la parte interna de la boca ; el humor corrió libremente por esta nueva abertura, y la fistula externa se curó facilmente.

El célebre Sr. *Monro*, Profesor de Anatomía en Edimburgo, prefirió en un caso semejante el perforar la mexilla con una aguja mas gruesa que la lesna de Zapateros, pasando un cordón de seda en forma de sedál por esta abertura, para impedir su consolidacion ; le mantuvo puesto por tres semanas, despues de las quales le quitó, y la ulcera externa se curó en poco tiempo. El método mas comun de curar estas fistulas es hacer una solucion con un instrumento cortante desde la fistula externa à lo interior de la boca, rompiendo obliquamente de atrás à adelante, y de afuera à dentro, manteniendo esta abertura por medio del sedál, que no se quita hasta que la ulcera interna está fistulosa, cuidando despues de cicatrizar la externa.

Tales han sido hasta el presente los recursos de la Cirugía contra esta enfermedad. El Sr. *Louis* (b) confiesa, que el método de abrir un camino artificial es ingenioso; pero aunque adoptado por los mejores prácticos, junto con el buen suceso que ha tenido, le parece este método muy apartado de la perfeccion ; pues hallandose el orificio de la abertura artificial que se hace, mas distante del manantial de la saliva, que la fistula que se quiere curar por esta operacion, debe tener mas facilidad à salir el humor por el agujero fistuloso exterior, que por la abertura interna, y no será extraño que despues de esta operacion el enfermo quede con fistula à la parte externa, que permita à la saliva verterse parte sobre la mexilla, y parte en la boca. El Sr. *Coutavoz* comunicó una observacion à la Academia de Cirugía de París, en la qual se observó

(b) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 3. vol. en 4.

esto. El Sr. *Louis* quiere que en caso de no practicar su nuevo método, y ser necesaria la abertura artificial en la boca para la curacion de la fistula del canal salivár, se haga ésta obliquamente de adelante à atrás, à fin que la saliva pueda caer en la boca, sin estár obligada à pasar por delante del agujero fistuloso. Una ligera compresion sobre este orificio hará facilmente retroceder el humor por la abertura artificial.

Habiendo reflexîonado el Sr. *Louis* sobre los inconvenientes del método comun nos ha propuesto otro mas simple, mas suave y mas natural, determinando el camino de la saliva por el mismo conducto, que se puede restablecer en sus funciones desde la fistula hasta la boca, lo que él y el Sr. *Morand* han executado en un enfermo con felicidad. Para esto se toma un estilete, que tenga à la extremidad superior un ojo como el de las agujas de coser ordinarias, por el qual se pasará un hilo, cuyos extremos se anudarán juntos. Sentado el enfermo en una silla, se introduce el estilete en el canal salivár hasta cerca de su orificio, despues se meten los dedos indice, y de enmedio en la boca, y levantando la mexilla à los lados de la extremidad del estilete, que se conduce con la otra mano, se da à las partes la direccion necesaria para que entre en la boca. Introducido, se desenebra el hilo, y se saca el estilete, y queda aquel metido en el conducto: con este hilo se pasa un sedál compuesto de cinco ò seis hebras de seda bastante gruesa y poco torcida, que sirve de filtro à la saliva, y de hacerla correr del todo ò casi del todo por el agujero interno. Se mantiene puesto el tiempo que se juzga necesario para que el conducto esté bien dilatado, y que la ulcera exterior esté cerca de cicatrizarse; despues se quita, y se procura la consolidacion de la ulcera externa, lo que se consigue en pocos dias.

Si se consideran, dice el Sr. *Louis*, las cosas simplemen-

mente segun los principios que he puesto contra la perforacion de la mexilla mas anterior que la abertura fistulosa, el restablecimiento del conducto natural parece tener los mismos inconvenientes, y mas si se tiene en consideracion la insercion del conducto en la boca; pero quando el sedal ha estado puesto en el canal el tiempo suficiente à enderezar su extremidad, y aumentar su diametro, la saliva debe pasar por él facilmente.

No obstante el mismo Sr. *Louis* (c) en sus nuevas observaciones sobre las fistulas de los conductos salivares, hace ver, que si la porcion del conducto que hay desde la fistula à la boca, está permanente, el enfermo se puede curar sin pasar el sedal por el conducto, y sin la abertura artificial con solo tocar el agujero fistuloso con la piedra infernal, hasta formar una suficiente escara: ésta uniendose à toda la circunferencia del cutis de los bordes de la fistula, impide à el humor salir por ella, y le obliga à tomar su curso natural. Para hacer esto se deseca la humedad de la fistula con unas hilas, despues se aplica la piedra infernal el tiempo suficiente à formar la escara, encima se ponen unas hilas raspadas, que se mantienen con un parche aglutinante (como el emplasto de Andrés de la Cruz, ò el tafetán engomado) por algunos dias, hasta que todo se despegue, haciendo guardar silencio en todo este tiempo al enfermo, y manteniendole con alimentos liquidos, para evitar en quanto sea posible los movimientos de la mandibula. El Sr. *Louis* asegura haber curado algunos con solo este medio, por lo que nos aconseja no usar indistintamente de su método del sedál, pues se ve que en muchos casos se puede curar sin él. En efecto hay algunos exemplos de fistulas del canal de esternón, curadas por la sola compresion.

(c) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 5. vol. en 4.

ARTICULO ONCE.

DE LAS CONTUSIONES EN LA CABEZA sin herida ò con ella, que solo ofenden sus tegumentos, llamados vulgarmente chichones.

EL Sr. *Heister* (a) trata con bastante brevedad de estas contusiones, remitiendose al tratado general de ellas; pero como éstas tengan algunas particularidades mas que todas las otras por razon de la parte afecta, me ha parecido extractar la doctrina que sobre ellas nos da el Sr. *Petit* (b).

No hay cosa mas comun que la curacion de estas contusiones, las mas veces por la sola aplicacion de un vendage comprensivo. En efecto, no estando la cutis rasgada, y habiendo poca sangre extravasada, una compresa empapada en vino, en agua aluminosa, en clara de huevo batida, ò en agua fria sola, ò mezclada con vinagre en los primeros dias, y despues fomentaciones aromáticas, basta para disipar estas contusiones, especialmente si su aplicacion se hace luego que se recibió el golpe: pero no siempre se curan con estos medios, particularmente si la contusion es considerable, como quando el golpe ha sido violento, y los vasos rasgados son gruesos y muchos. En este caso en el primer instante la parte contusa se aplana, despues se levanta mas ò menos presto, segun la fuerza del golpe.

Estas contusiones unas son duras, y otras blandas; la du-

(a) Instit. Chirurg. tom. I. part. I. lib. I. cap. XIV. pag. 136 y 137.
(b) En sus Obras posthumas, tom. I. cap. I. pag. 48.

dureza viene de la sangre infiltrada en el texido celular del cutis, del gorro aponevrotico, ò del pericraneo. Por el contrario son blandas quando la sangre, en lugar de infiltrarse, se junta en una sola parte, endonde se siente à el tacto la blandura y flutuacion, motivo por lo que muchas veces nos engañamos en el juicio de la enfermedad, especialmente quando es la primera vez que se ven, porque obedeciendo al tacto el centro del tumor, y undiendose quando se le comprime al parecer mas allá de la convexîdad del craneo, y encontrando en su circunferencia una dureza semejante à la que hacen los bordes del craneo hundido, juzgamos ser subintracion de éste, ò un apartamiento de sus suturas, y mas si se siente ò percibe alguna pulsacion, como sucede quando el vaso que vierte la sangre es arterioso.

La cura de estas contusiones se debe procurar del modo que he dicho arriba, y si con estos medios disminuyen, se puede continuar el mismo método. Si por el contrario el tumor aumenta, y se pone doloroso en los primeros dias, es menester abrirle lo suficiente para sacar la sangre que contiene. No se ha de dilatar, ni llenar la herida de hilas, à menos que no haya hemorragia. La simple abertura, despues de sacada la sangre, solo pide ser reunida. En el primer caso, esto es, quando el tumor se aumenta, es señal que hay alguna gruesa rama de arteria abierta, y siendo considerable la extrâvasacion, no se puede esperar el resolverla; además que es menester regularmente descubrir el vaso para detener la sangre.

He dicho regularmente, pues algunas veces se ha detenido la hemorragia, poniendo encima una gruesa compresa con una abertura, que corresponda à la solucion, para dar salida à la sangre que puede salir del vaso abierto, sostenida por un vendage comprensivo, que al mismo tiempo procura la reunion. En el segundo caso,

quan-

quando se pone doloroso, es señal que amenaza inflamacion, y es necesario tambien abrir, porque la inflamacion que sobrevendria, haría peligrosa esta enfermedad por los accidentes que atrahería; pues la sangre detenida, tardando en darla salida, se altera, y sobreviene inflamacion al pericraneo, y comunicandose à lo interior, hace perecer los enfermos.

Dos casos hay en que puede haber contusion, aunque haya solucion de continuidad en el cutis. El primero quando la extravasacion se hace entre la calota aponevrotica, y el pericraneo. El segundo quando se forma entre éste y el hueso. En la curacion de estas heridas contusas se deben emplear los mismos medios que se acaban de decir; esto es, la compresion y la abertura del tumor. Los casos donde puede bastar la sola compresion, son quando la contusion es ligera, y las heridas están en la frente en donde es menester evitar quanto sea posible la deformidad. En los demás casos es necesario hacer la dilatacion, y despues de sacar la sangre extravasada, procurar la union de la herida, pues muchas veces se han visto reunirse las heridas ligeramente contusas, aunque las partes estén muy rasgadas.

Si el golpe que causa la herida contusa, es dado con tal direccion que descubre el craneo sin herirle, causando una gran contusion en las partes que le cubren, en este caso, para conseguir la consolidacion de esta herida, es necesario que la lámina del hueso descubierta se exfolie. No obstante algunos de los modernos dicen no se hace siempre esta exfoliacion (c). Esta diversidad de opiniones tan poco ha influido sobre la curacion de las desnudacio- nes

(c) *Lesne*. Discurso preliminar à las Obras posthumas del Sr. *Petit*, pag. 15. *Monró*. Ensayo y Observ. de Medic. de la Sociedad de Edimburgo, tom. 5. pag. 475. Edic. Francesa.

nes de los huesos, que todos han empleado los mismos medios en la curacion de estas enfermedades, procurando la desecacion de los huesos con los espirituosos, oponiendose à la aplicacion de los remedios humectantes y grasosos, exceptuando al Sr. *Monró*, y D. *Josef Rodriguez*, Cirujano de la Real Familia (d), los que en un mismo tiempo, aquel en Edimburgo, y este en Madrid, han aplicado en las desnudaciones recientes de los huesos los remedios balsámicos untuosos y humectantes, aunque este ultimo con el fin de adelantar la exfoliacion, abandonando del todo los espirituosos y desecantes.

Con qualquiera método ò aplicacion de remedios, si el hueso quedase desnudo, se debe exfoliar en toda la extension descubierta (e). Esta exfoliacion ò destruccion de la superficie del hueso desnudo y privado de sus tegumentos, es aparente, ò no durante la curacion; pero siempre se hace. No será sensible si se aplican sobre el hueso recientemente desnudo los humectantes balsámicos y grasosos, como el basilicón ò bálsamo de arceo, y la exfoliacion y curacion serán mas prontas.

El

(d) *Monró*, ut supra. *Rodriguez* no solo los aplicaba en las desnudaciones recientes de los huesos, sino que tambien los usaba con buen éxîto, para conseguir la pronta exfoliacion en las caries, aunque fuesen de las carcomosas, despues de haberlas fixado con el cauterio actual ò potencial. Con estos interrumpia, si habia alguna comunicacion de lo vivo à lo muerto, despues con los humectantes untuosos, relaxando los vasos de la circunferencia, atrahia una especie de flogosis ò ligera inflamacion, à la que siguiendose la supuracion, hacía separar lo muerto con el mismo mecanismo que se hace en las gangrenas secas. Y el Sr. *Ravaton*, en el tom. 1. de su Práctica moderna de Cirugía, pag. 259, asegura que los huesos cariados se exfolian sin el socorro de las tinturas, con el solo uso continuado de los digestivos.

(e) El Sr. *Louis* reconoce positivamente, que los huesos descubiertos siempre se exfolian sensible ò insensiblemente, aunque se haga uso del trepano exfoliativo, por el qual *Belloste* cree preservarlos de ella. Vease en su Diccionario de Cirugía, sacado de la Enciclopedia, el Articulo de Desnudacion.

El Sr. *Tenon*, Profesor Real de Patología en las Escuelas de Cirugía, y Socio de las Reales Academias de Cirugía, y de las Ciencias de París, despues de haber hecho muchas experiencias sobre los animales, ha presentado à ésta algunas Memorias (f), en las quales practíca, y demostrativamente prueba la ventaja de los remedios humectantes sobre los desecantes, para ayudar à la naturaleza en la operacion de la exfoliacion, quando los huesos están descubiertos. Estos remedios conservandolos una cierta humedad, facilitan su descomposicion, poniendose mas blandos en esta parte, se separa lo terreo, apareciendo un cerco rubicundo. La sustancia parenchymatosa cede à la impulsion de las fuerzas vitales, à la accion de los vasos, y à la afluencia de los liquidos que la hacen dilatar y brotar unos botones rojos.

Estos granos ò botones privados de la parte huesosa que los comprime, se entumecen y estienden: despues se van aplanando ò deprimiendo de la circunferencia al centro, è insensiblemente se buelven en una materia cretacia, y forman una sólida cicatríz. El Sr. *Chopart* (g) dice, ha tenido ocasion de conocer esto por su misma experiencia en dos heridas de Cabeza, y en un golpe sobre la tibia. Yo tambien lo he observado en algunas heridas de cabeza, y qualquiera podrá observarlo si se desnuda de preocupacion. Esta doctrina encontrará mucha oposicion, y será muy repugnante à algunos, especialmente à aquellos que por una contemplacion servil no quieren apartarse de la senda que ya tienen trillada, guardando las opiniones de sus predecesores, como si fuesen dogmas de Fé.

AR-

(f) Memorias de los años 1758 y 1760.
(g) Mem. sobre las lesiones de cabeza por contra-golpe, pag. 74.

ARTICULO DOCE.

DE LAS HERIDAS DEL CEREBRO del Seno longitudinal superior, y de los tumores fungosos de la Dura-Mater.

NO obstante la delicadeza de esta viscera, dice el Sr. *Quesnay* (a), las heridas de la sustancia cortical, y aun de la medular se curan casi con la misma facilidad que las de muchas otras partes. Las balas que han pasado al travès de su sustancia, los cascos de los huesos clavados en ella; y en fin, los muchos abscesos abiertos y curados, y la amputacion de una gran porcion de esta viscera, hecha muchas veces con felicidad, prueban la posibilidad de curarse estas heridas.

En las Memorias de la Academia Real de Prusia del año de 1752 hay una observacion de una herida de cabeza, con fractura del hueso, y pérdida de sustancia del cerebro, curada felizmente en un muchacho de Cleves de edad de doce años. Esta grave herida fue hecha por el ala de un Molino de viento, que habiendo segun las apariencias pegado por detrás, rompió el hueso parietal, y le empujó debaxo del coronal, haciendo salir fuera la porcion del cerebro comprimida: procuróse reponer en su nivél la porcion del parietal, metida debaxo del coronal; pero no se pudo conseguir. La operacion del trépano, además de creerla impracticable, la creyeron funesta al herido, porque interesando con ella mas el cerebro, ocasionaria convulsiones, gran pérdida de sangre, y aun la muerte, como sucedió, dice el Observador, en un ca-

(a) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París. 1. volum. en 4.

caso casi semejante que cuenta *Meekren*. El Sr. *Eller*, dando parte à la Academia de esta observacion, y de su curacion en el término de diez semanas, hace mencion de muchos casos, de los quales resulta que las heridas del cerebro no son necesariamente mortales como las creyó *Hypocrates* (b).

No obstante el buen éxîto de estacura, y la aprobacion del Sr. *Eller*, dice el Sr. *Pablo* (*), la conducta que siguieron en esta herida no debe servir de modélo en lo succesivo. El Sr. *Quesnay* establece solidamente en su Memoria sobre el Trépano en los casos dudosos, inserta en el primer tomo de los de la Academia Real de Cirugía de París, que se debe siempre trepanar en las fracturas y hundimientos del craneo (c). ¿Querrán, dice este Autor, reglarse por los accidentes? Estos signos son mucho menos ciertos que los que se desprecian. Muchas veces los accidentes primitivos son poco considerables, ò faltan del todo, aunque haya extravasion debaxo del craneo, ò lesion en las membranas del cerebro, y en el mismo cerebro, y otras veces sucede, y con freqüencia, que vienen muy peligrosos por una simple commocion, adonde el Trépano es inutil.

Por otra parte, aun quando los accidentes primitivos faltasen, ò que se hubiesen disipado por la dieta y sangrias, se deberian temer los accidentes consecutivos; además

(b) Sect. VI. Aphor. 18.

(*) Mem. pourserv. à l' hist. de la Chirurg. du xviij. siécle.

(c) *Fragoso* llama Empyricos à los Cirujanos que quieren curar las heridas de cabeza con fractura ò hundimiento, con solos los medicamentos, y dice que no es buena razon, que porque alguno con fractura ò hundimiento en el casco, hayan sanado sin trepanacion con solo los medicamentos, se haya de hacer regla general, guardando en todos los heridos este método de cura. Cirug. universal, proposiciones y avisos de Cirug. prop. 1. pag. 448. Edic. del año de 1643.

más, que muchas veces quando somos advertidos por estos accidentes, es ya tarde para el Trépano. Quando hay fractura ò hundimiento, no nos debemos arreglar sobre estos accidentes, ni esperarlos, porque se tienen señales suficientes, y menos temibles que estos accidentes consecutivos que se quieren esperar para determinarse. Los que siguen otros principios, solo pueden apoyar su dictamen sobre observaciones qne nos hacen ver muchos golpes de cabeza con fractura ò hundimiento, curados sin el recurso del Trépano; pero tales observaciones no deben hacer regla, sobre todo quando hay otras en contrario, que son infinitamente más en número, y por la seguridad que resulta à los enfermos.

Este es el extracto de toda la doctrina del Sr. *Quesnay* sobre este importante y delicado punto de Cirugía. Muchas veces las observaciones mas brillantes, son mas capaces de engañar, que de dirigir en la práctica de la Cirugía. Fundados en el suceso, no se saca comunmente otra cosa de tales observaciones, que lo que presentan de mas extraño: olvidase el compararlas à los principios mas invariables del Arte; y se establece en regla lo que no debe ser tenido, quando mas, que como una excepcion dichosa y rara, de donde no se debe sacar conseqüencia alguna. Baxo de esta misma idéa debe ser considerada la curacion del herido de cleves. A la verdad se dice que el Trépano era impracticable; pero no parece que el desorden fuese tan considerable, que hiciese imposible la operacion. En quanto à los inconvenientes, que pretenden podian suceder, se debian temer mucho menos que los accidentes que el hundimiento del craneo podia atraher. La observacion de *Meekren* nada concluye: el enfermo de que trata, era un Marinero robusto, que habia recibido sobre el parietal derecho un golpe tan violento, que una porcion de este hueso fue empujada debaxo del craneo;

 des-

despues de haber sido dos veces trepanado, dícen le vino una hemorragia considerable, acompañada de vómitos, diarrea y convulsiones, la supuracion, que hasta entonces hábia sido buena, disminuyó, y el herido murió.

Sin duda no fue la hemorragia la que hizo perecer un Marinero tan robusto, pues sabemos que este accidente no se debe temer en la operacion del Trépano. En quanto à el vómito, la diarrea y convulsiones ¿qué prueba decisiva hay para decir, que hayan sido el efecto del Trépano, y que no pudiesen sobrevenir del mismo modo, aunque no se hubiese trepanado? El Médico que dirigió la cura del muchacho de Cleves, y que nos ha dado la relacion, juzgó que la parte del hueso hundida, comprimiendo la porcion del cerebro impedia la hemorragia y la extravasacion de sangre; que si se practicaba el Trépano el cerebro adquiriría mas espacio, y la sangre se hubiera extravasado debaxo del craneo, la que mezclandose con la materia inflamaria el cerebro, causaría la putrefaccion y la muerte: pero no es cierto el que hubiese de succeder la hemorragia, y aun suponiendo que los vasos hubiesen vertido una cierta cantidad de sangre, hubiera hallado ésta mas facil salida por la abertura del Trépano.

El Observador Prusiano dice, que al dia quarto sobrevino al herido una diarrea que le duró diez dias, y que en un mes no pudo contener su orina, lo que le hizo temer las conseqüencias de este estado, aunque por otra parte las apariencias fuesen de las mas favorables. Parece incontestable que estos accidentes dependian mas que probablemente del estado del cerebro, especialmente la incontinencia de la orina ¿pues por qué no se debia haber procurado levantar la pieza del hueso hundida para hacer cesar la compresion, y para evacuar la sangre ò materia que habria podido detenerse en este precioso organo?

Con-

Concluyamos, pues, dice el Sr. *Pablo*, con el Sr. *Quesnay*, que se debe siempre trepanar en las fracturas y hundimientos del craneo (d), à menos que el apartamiento de los huesos no pueda suplir por la trepanacion.

Esta doctrina no dexa de tener bastantes opositores, siendo uno de ellos el Sr. *Héister*, que lexos de prescribir el Trépano en las fracturas que no son actualmente acompañadas de accidentes que denoten la extravasacion, se contenta con que se haga uso de los remedios generales, y de los Vulnerarios y Esternutatorios, aun en los casos que se supone ya formada la extravasacion, sin reparar en que los medicamentos Esternutatorios, determinando mayor cantidad de sangre à el cerebro, aumentan la extravasacion. Las fracturas dice el Sr. *Quesnay*, en ciertas ocasiones, aunque no haya hundimiento, ni fragmentos huesosos, que hayan perdido su nivél, no solo son simples señales que indican el Trépano, sino tambien causas que le exîgen, y prueba esta proposicion con muchas observaciones.

En las heridas de cabeza sin lesion aparente en el craneo, dice el Sr. *Quesnay*, no se debe determinar el Trépano sino por los accidentes, y es de la mayor conseqüencia estár atentos à el tiempo en que sobrevienen. Estos accidentes son de dos clases, primitivos y consecutivos: los primeros que se psesentan en el instante del golpe son un efecto ordinario de la commocion, y por consiguiente, estos solos no indican el Trépano; pero los segundos no se declaran hasta despues que los accidentes primitivos han desaparecido, aunque muchas veces sobrevienen sin

que

(d) El Sr. *Schreiber*, Doctor en Medicina, y de la Academia Imperial de Petersburgo, sintió mucho no haber tomado este partido en un caso semejante al de el Sr. *Eller*. Veanse las Memorias de la Acad. Imp. de Petersburgo, tom. VII. año de 1734 y 1735.

que estos hayan exîstido, y hacen naturalmante presumir la extravasacion, y se debe determinar atrepanar en qualquiera tiempo que se presenten, pues hay muchas observaciones de haber aprovechado el Trépano, dos ò tres, y aun seis meses despues del golpe (e).

De lo dicho se dexa conocer lo importante de la division de accidentes enprimitivos y consecutivos: somos deudores de ella al Sr. *Petit*, cuyo nombre vivirá tanto como la Cirugía; siendo digno de notar ver como *Heister* se olvida de una distincion tan esencial, de la qual puede depender muchas veces la salud de los enfermos (f). En lo demás, esto es, en quanto à la probabilidad de la curacion de las heridas de cabeza, con pérdida considerable de la sustancia del cerebro no nos debe causar una admiracion estéril; sí hacernos comprehender, que esta viscera es capáz de sostener operaciones, que hasta el presente no se habian atrevido à emprehender, y asi, en las heridas de cabeza con extravasacion, y en las supuraciones internas del craneo, si despues de haber hecho el Trépano, no se encuentra la materia ni encima, ni debaxo de la dura-mater, debemos abrir el cerebro para procurar descubrirla (g); pudiendose tambien hacer las indagaciones necesarias para extraher los cuerpos extraños que se hayan quedado en él, como balas, esquirlas de hueso

(e) Vease las Memorias de la Acad. Real de Cirug. 1. volum. en 4. pag. 216.

(f) El Sr. *Sarphs* impugna esta distincion de syntomas primitivos y consecutivos, y las consequencias prácticas que de esto saca el Sr. *Petit*: pero à mí me parece, que la Critica del Cirujano Inglés, sobre este punto no es bastante sólida. Vease les Rech. sur l'etat present. de la Chirurgie, pag. 297.

(g) De esto no nos dice nada *Heister*, siendo muy importante el que lo hubiese dicho, habiendo tenido noticia de la Memoria del Sr. *Quesnay* sobre las heridas del cerebro, que se halla inserta en el 1. volum. en 4. de la Real Acad. de Cirug. de París.

so &c.; cortar los fungos y carcinomas que se forman algunas veces en su superficie, y porciones considerables de esta viscera.

Nos restan aun algunas consideraciones que hacer sobre los remedios mas propios à las heridas del cerebro. El Observador de quien he dado la historia del herido de Cleves, hizo aplicar las hilas ò lechinos empapados en la esencia de ambar y de agrimonia, mezcladas con un poco de miel rosada, y puso encima los sacos de hierbas cefalicas cocidas en vino; pero conociendo que estos lechinos procuraban una grande supuracion, hizo quitar la miel rosada, y como el cerebro continuase en dar mucha humedad, tomó el partido de curarle simplemente con las hilas secas: estas surtieron mejor efecto, y desde este tiempo empezó à salir la humedad en menos cantidad que antes. El Sr. de la *Peyronie*, habiendose servido del espiritu de vino para reprimir la putrefacion, en un caso en que la materia de un absceso situado debaxo de la duramater, habia interesado el cerebro, observó que esta parte se hinchaba hasta salir por encima del craneo, no obstante la oposicion del aparato, y que esta hinchazon fue acompañada de una excesiva supuracion, que hizo perecer al enfermo en pocos dias. Ultimamente llegó à conocer por muchas experiencias, y larga práctica, que los aceytes esenciales valsámicos son preferibles à los aceytes alkalizados para reprimir ò impedir las inflamaciones ò tumescencias del cerebro. A mí me parece, que en ninguna herida compuesta convienen tanto las hilas secas, como en las del cerebro, y mucho mejor si son raspadas.

La situacion del seno longitudinal superior debaxo de la sutura sagital, y à lo largo de la parte media del coronal, ha dado lugar à el precepto que prohibe la aplicacion del Trépano sobre esta sutura, por el temor de causar una hemorragia considerable y dificil de detener, si se

tie-

tiene la desgracia de romper este seno. No obstante las experiencias ultimamente hechas sobre animales, y las observaciones bien contestadas, han hecho ver ciertamente, que estos temores no tienen fundamento, y que la abertura de este seno no puede producir una hemorragia, contra la qual el arte deba emplear medios extraordinarios. El Sr. *Cheselden* dice en sus Notas al Tratado de Operaciones de Cirugía del Sr. *Ledran*, que un Cirujano trepanando sobre la parte media del Coronal, hirió el seno longitudinal, y que la hemorragia fue detenida con solo hila seca, y el enfermo curó: de lo qual se sigue que una parte de la sutura sagital puede ser levantada por el Trépano, si pareciese necesario, sin que la abertura del seno pueda impedir esta operacion como peligrosa. Lo que hay de mas extraño en este asunto, es que los mismos Autores, que parece temen mas las heridas del seno, trahen exemplos de piezas de hueso enclavadas en él, que ellos mismos han sacado sin ningun accidente. La Observacion primera del libro del Sr. *Warner* nos ofrece un exemplo notable. El Sr. *Lassus* (h) en una Memoria sobre las heridas del seno longitudinal superior cuenta la observacion que acabo de indicar, y otras sacadas del Tratado de heridas de cabeza del Sr. *Percivall Pott*, célebre Cirujano Inglés. Este habiendo observado que las lesiones bastante considerables del seno longitudinal, no habian sido seguidas de hemorragias peligrosas como hasta su tiempo se habia creido, se determinó à buscar en la abertura artificial de esta especie de reservatorio un socorro para hacer cesar los accidentes que se habian resistido à otros auxîlios del Arte. El Sr. *Lassus* no solo ha desterrado los temores de que falsamente se habian dexado preocupar los Practicos del peligro de las heridas del seno longitudinal, sino que tambien ha demostrado la utilidad de trepanar sobre él

(h) Mem. de la R. Acad. de Cirug. de París. 5. vol. en 4.

él en los casos de necesidad, debiendo, dice este Autor, temerse mucho menos herir este seno quando la dura-mater está casi siempre desprehendida del craneo, ya por la violencia del golpe, ò ya por la extravasacion de sangre entre esta membrana y el craneo: consideracion, que hace ver, que por lo comun no hay riesgo de herirle con la operacion del Trépano.

No será fuera de proposito concluir este Articulo, diciendo algo, aunque ligeramente, de los tumores Fungosos de la dura-mater. La variedad de opiniones sobre la naturaleza de estos tumores, prueban quán dificil ha sido hacer de ellos un juicio cierto. Las diversas observaciones que sobre estos tumores nos da el Sr. *Louis* en su Memoria (1), nos dan señales distintivas, capaces de precaver las equivocaciones que muchos grandes hombres no han podido evitar, antes que la experiencia estubiese tan clara sobre este punto por un suficiente número de observaciones. La mayor parte de Observadores se han engañado en el carácter de los tumores Fungosos de la dura-mater; estos aparecen de pronto debaxo de los tegumentos de la cabeza, no pudiendose manifestar de este modo hasta despues de haber corroido lentamente las paredes huesosas, que parece deben resistir à su progreso ácia lo exterior. Ninguno se ha detenido à reflexîonar sobre la posibilidad de la perforacion del craneo por una vegetacion subyacente, blanda y fungosa, producida por la obstruccion de los vasos de la dura-mater. No obstante, los hechos diarios, demuestran claramente estos fenómenos: no hay que buscarlos fuera del cuerpo humano; freqüentemente se ve, que las pulsaciones reiteradas de un tumor aneurismal en el cayado de la Aorta, se hace paso al través del esternón y de las costillas, sin que las tunicas del

K va-

(1) Mem. de la Real Acad. de Çirug. de París, 5. vol. en 4.

vaso dilatado padezcan la menor alteracion por las partes huesosas.

Puestos à la vista y al tacto del Cirujano los tumores fungosos de la dura-mater, parece no puede haber motivo de equivocacion. Apenas se puede concebir cómo puede haber habido disparidad de dictamenes sobre una enfermedad externa, que se manifiesta siempre baxo de un mismo aspecto, y que sus señales son fixas è invariables. Los conocimientos pathológicos ayudados de las luces de la experiencia, jamás permitirán confundir un tumór aneurismal con una fungosidad de la dura-mater; pues la pulsacion que se observa en el uno, y otro caso tienen sus diferencias esenciales para poderlos distinguir. La dura-mater no tiene vaso capáz de una dilatacion tan considerable como la de una aneurisma verdadera, cuya pulsacion pertenece al tumor, porque son las mismas tunicas de la arteria las que pulsan por su fuerza activa, y por la confluencia de la sangre en la cavidad del vaso; en lugar que en la fungosidad de la dura-mater, el tumor no pulsa realmente; solo sí se observa en toda su masa unos levantamientos alternativos, efectos del impulso del cerebro, al qual son comunicados los movimientos por la pulsacion de las arterias que están en su vase. El Sr. *Petit* establece muy bien en su Tratado de enfermedades de los huesos las señales distintivas de la Aneurisma y de los tumores fungosos, entre las quales observa juiciosamente, que estos solo tienen un batimiento comunicado por el cerebro.

Aunque en general las causas de los tumores fungosos de la dura-mater sean externas, como caidas y golpes recibidos en la cabeza; no obstante pueden tambien venir de causas internas. A el vicio venereo es à quien mas se atribuye la formacion de estos tumores. En efecto, las predisposiciones à la obstruccion pueden fixar este vicio sobre los

los vasos de la dura-mater, reunirlos en forma de manojos en las cavidades naturales de la tabla interna del craneo, y dar origen à una vegetacion simptomatica. El Sr. *Louis* trahe algunos exemplos de esto en su Memoria.

Los socorros del arte en esta peligrosa enfermedad son insuficientes las mas veces. No podrán estos por lo general ser administrados con alguna esperanza de felíz suceso, sino en los casos en que el tumor sea unico, circunscrito, y que por lo que corresponde à las partes circunvecinas, permitan éstas se le pueda atacar en toda su circunferencia. Entre los hechos referidos por el Sr. *Louis* en su Memoria, al mayor número muestra estas favorables disposiciones. Esta enfermedad presenta dos objetos que merecen igual atencion: el fungo de la dura-mater es la enfermedad esencial, y el vicio del hueso no es mas que un efecto concomitante. El vicio accesorio ò del hueso, es sin duda el primero que se debe corregir. Si tocamos primero à el tumor, la pérdida del enfermo será el efecto inmediato. Facil es de conocer la razon de esta funesta terminacion, causada por el contacto del ayre sobre el tumor, por el necesario aumento de la irritacion, y el origen de todos los desordenes que de esto pueden sobrevenir.

Al contrario, las tentativas para destruir el vicio del hueso, nada tienen de peligroso, y se debe principiar por éstas. El grande número de observaciones que hay en la Memoria del Sr. *Quesnay* sobre la multiplicidad de los Trépanos, demuestran que no hay que temer de los procederes operatorios que se practican en los huesos del craneo viciados accidentalmente por los fungos de la dura-mater. La grande pérdida que es menester hacer en la sustancia huesosa, para descubrir la vegetacion fungosa, no tiene inconveniente: yo la he practicado algunas veces con felicidad; ¿pero la destruccion de esta vegetacion

será tan facil? Hay apariencia, dice el Sr. *Louis*, que si se hubiera recurrido à auxîlios eficaces en la mayor parte de las enfermedades de esta clase, se habrian comunmente empleado con buen suceso: una observacion de *Marco Aurelio Severino* atestigua esta verdad.

Si se exâmina lo que han dicho los Autores sobre las fungosidades que se elevan en la superficie de la dura-mater en las heridas de cabeza, se verán muchos exemplos del buen suceso de diferentes remedios contra esta viciosa protuverancia. Tales son los cocimientos vulnerarios y melados, los polvos aromaticos, recomendados por *Fabricio de Hildano*. *Pareo* dice, que para la cura de estos fungos es necesario aplicar los remedios desecantes y los cathereticos suaves, como los polvos preparados con dos partes de Savina y una de Almagre, ò los polvos de Hermodatiles quemados: pero si es muy considerable el volumen del tumor fungoso, es necesario, segun este Autor, ligarle lo mas cerca que se pueda de su raíz, y despues de su caída, acudir à los referidos remedios.

Los conocimientos que resultan de las observaciones puestas en orden por el Sr. *Louis* en su Memoria, deben ser la regla de las indicaciones curativas en esta clase de tumores. Estos exîgen luego que las circunstancias locales permitan la aplicacion de los auxîlios del Arte, que se ponga por los medios convenientes y muy comunes, el tumor fungoso descubierto del todo, y que hasta despues de haber quitado la circunferencia huesosa que oculta la base, no se deben emplear los medios de destruir la vegetacion sarcomatosa de la dura-mater, por la via de la extirpacion, de la ligadura, de los polvos aromaticos, y aun con la ayuda de los cathereticos apropiados segun la ocasion.

ARTICULO TRECE.

DE LAS FRACTURAS EN GENERAL.

QUando el cuerpo ha recibido un golpe, del qual por la fuerza y modo con que ha sido aplicado, hacen temer que haya algun hueso rompido, se debe exâminar atentamente la parte rota antes de desnudar à el enfermo, porque al moverle, las partes fracturadas no se aparten de su contacto natural, y la fractura se haga de peor especie. En este caso se toma la parte herida de los dos lados, à alguna distancia de la fractura, y moviendola con prudencia, se procura ver si vacilan ò crugen las extremidades de los huesos ò los fragmentos flotantes. Si se percibe alguna de estas cosas, se cortarán los vestidos; porque si se quieren quitar, con los movimientos que son necesarios para esto, se podrá hacer perder à los huesos su contacto natural.

La posibilidad de la fractura incompleta de los huesos Cilindricos aun no está bien demostrada. Es cierto que de un solo hecho, por muy evidente que parezca, no se puede sacar una conseqüencia general para formar un punto de doctrina en una ciencia como la Cirugía, que tiene necesidad de ser sostenida por pruebas de observaciones repetidas. Algunas veces sucede que no se encuentra algo de extraordinario en un hecho, sino el no haber visto otro semejante, por estár poco acostumbrado à observar; y asi es necesario haber visto mucho y con reflexîon, para conocer bien lo que se debe pensar de un suceso, que parece ofrece alguna cosa rara.

La observacion bien circunstanciada de *M. Renault*, Cirujano del Regimiento del Delfinado, junta à muchas

otras

otras semejantes, que se encuentran en los Autores que han tratado de las enfermedades de los huesos, dan lugar à lo menos à conjeturar, que es posible la fractura incompleta de los huesos Cilindricos, y que hay señales que podrán hacerla suponer, para determinarse en estos casos à tomar las precauciones capaces de impedir se haga completa, procurando por la quietud la formacion del callo. Si despues de una caida, de un golpe &c. se notáre que hay en la parte que recibió el golpe un dolor continuo, y que el enfermo se quexa que no tiene la misma fuerza que tenia antes en esta parte, y que al contrario va disminuyendose todos los dias, ¿no será prudencia en este caso el tratar este miembro, como si el hueso estuviese fracturado?

Muchos Autores han admitido la fractura longitudinal de los huesos largos; pero otros niegan su posibilidad. Entre estos se cuentan los Sres. *Petit* y *Louis*. Hay, dice éste (a), observaciones esenciales, que sirven para establecer puntos de doctrina fundamentales, que merecen un particular exâmen; tales son las que se hallan en la Obra del Sr. *Duberney* (b) sobre las fracturas longitudinales de los huesos Cilindricos, cuya posibilidad niega el Sr. *Petit*. Veanse aqui dos opiniones contrarias en una qüestion interesante; la razon, la autoridad de los grandes Maestros y la experiencia se hallan aqui en oposicion por los Defensores de las dos opiniones. Muy desgraciados serian los hombres, si su vida estubiera entregada en ciertos accidentes à las vanas disputas de la escuela; procurémos quitar todas las dificultades sobre este asunto. La incertidumbre es agena del Arte; ésta solo puede hallar-

(a) Disc. historic. y critic. sobre el Tratado de las enfermedades de los huesos, del difunto Sr. *Petit*. Edic. Española, pag. 55.

(b) Tom. 1. pag. 167 y siguientes.

llarse en los que no penetran los principios, y no ven en la naturaleza mas que lo que la preocupacion les permite conocer (c).

El Sr. *Petit* tiene por imaginaria la fractura, que dicen se hace exâctamente à lo largo del hueso: da una razon muy sólida, y es que no puede haber golpe capáz de fracturar el hueso à lo largo, que no le pueda romper mas facilmente al través; aqui es menester detenerse. El Sr. *Petit* engañado sin duda por las falsas citas del texto de *Fabricio de Aquapendente*, creyó hallar en el modo con que este sabio Médico y Cirujano se explica à cerca de las fracturas longitudinales, que solo hablaba de las fracturas obliquas. No obstante en *Fabricio de Aquapendente* no hay equivocacion alguna en este punto: Exponiendo las diferentes especies de fracturas, distingue expresamente la obliqua de las que son à lo largo, y al través; y despues de haber puesto las señales generales y positivas de todas, establece particularmente el diagnostico de la fractura longitudinal; tambien parece que señala el orden con que deberán aparecer los sintomas indicantes de esta especie de fractura. El miembro, dice, está al principio mas grueso que en el estado natural, despues se manifiesta el dolor, y por ultimo se pone desigual (d). Y mas abaxo, hablando de la generacion del callo, abraza el precepto de *Galeno*, que aconseja que el vendaje sea un poco mas apretado para la fractura longitudinal, que para la transversal, porque sin esta precaucion podria descomponerse facilmente (e).

Lo

(c) Non crimenartis, si quod Professoris est. Cornel. Cels. de re Medica, lib. 2. cap. VI.

(d) Quòd si os secundum longitudinem fractum sit, primo adest membri crassities, ultra naturalem statum; deinde dolor; tum membri inæqualitas. *Fabric. de Aquapend.* Chirurg. univers. lib. 4. de fract. cap. 1.

(e) In fracturâ per longitudinem factâ, eadem prorsus curatio adhibenda quæ in transversâ, saltem ut deligatio magis adstringatur; alias enim facilè posset decidere, ibid. cap. VI.

Lo que *Galeno* y *Fabricio* dicen del vendage, que podria facilmente afloxarse, lo entendió un Autor de las piezas del hueso, que se desunirian si el vendage estubiera menos apretado. El Sr. *Duberney* refiere tres paginas del texto de este Autor (f); al que solo designa por la calidad del *Célebre Práctico de su tiempo*. Bien puede ser que tubiese mucha experiencia; pero tenia poquisima erudicion, porque en esta misma parte, en que tan visiblemente se engaña à cerca del sentido de *Fabricio de Aquapendente*, y añade, que *Guido de Gauliaco* no hizo mas que copiar à *Fabricio*. El anacronismo no es tolerable. *Guido de Gauliaco* escribió su Cirugía en el año de 1363. *Fabricio de Aquapendente* no murió hasta el de 1619. El Autor hubo de tener por tratado original uno de aquellos compendios de *Gauliaco*, que era el manual de los Cirujanos vulgares habrá cincuenta años. Sea lo que fuere, él opone razones juiciosas à la opinion que admite las fracturas longitudinales. Los signos mas ciertos que se ponen, dice, son un dolor fixo y continuo que se aumenta con la compresion, y quando se apoya sobre la parte herida; ¿pero quién no conoce que todos estos accidentes no son mas que efectos de una gran contusion del Periostio? Por lo que mira al tumor, que dicen se forma en el sitio de la hendidura por el fluxo de los jugos nutricios del hueso, es facil juzgar, que éste debe su origen à los sucos derramados entre el hueso y el Periostio; finalmente, supongamos que hubo una simple hendidura, ésta se reunirá por sí misma con el jugo que fluye de los vasos del Periostio, y el principal cuidado del Cirujano será mantener à su enfermo con gran quietud, y usar de los mas poderosos resolutivos.

El Sr. *Duberney* dice, que un Cirujano de París muy co-

(f) Tom. I. pag. 163.

conocido en su tiempo, fue la victima de la opinion contraria à la exîstencia de la fractura longitudinal; que éste tenia una de esta especie en la tibia, y que no se le conoció hasta poco antes de su muerte. Para precaver semejantes faltas, pone tres observaciones, que merecen segun él, mucha mas consideracion que las mas especiosas razones. El Sr. *Louis* hace analisis de éstas, y no halla cosa que le haga fuerza.

En la primera se trata de un Canonigo, que en una caida de cerca de doce pies de alto recibió el golpe en la parte anterior de la pierna izquierda: se le formó un tumor con echimosis en donde recibió el golpe: el dolor que fue muy vivo, y los demás accidentes cedieron al cabo de algunos dias con las sangrias, y el uso de los tópicos convenientes. El enfermo se creyó curado, y continuó sus taréas: al tiempo de acostarse advirtió un poco de encendimiento con tension en la tibia, el dolor era muy vivo; con una incision se dió salida à una serosidad sanguinolenta, que habia entre el Periostio y el hueso. Esta membrana estaba despegada en un espacio de mas de dos dedos. Añadese, que se manifestó una fractura à lo largo bastante grande: esto es lo que se asegura. Es digno de admiracion, que una violencia exterior que pudo hendir la tibia à lo largo, no la rompiese al travès; pero el hecho no se puede negar. Sigamos la narracion para dar à conocer hasta qué punto merece la atencion. Se alargó la incision por sus ángulos con grande alivio del enfermo. Para acelerar la curacion, se recurrió al Trépano perforativo y al exfoliativo, lo que salió bien, pues la hendidura no penetraba hasta el canal de la Medula. Esta sola circunstancia manifiesta el engaño. Por otra parte la observacion está muy imperfecta, pues no dice el porqué, ni cómo se aplicaron los Trépanos. Pasemos à la segunda.

Un muchacho de 16 años, despues de la curacion de

una

unaf ractura complicada de la pierna, sintió quando empezaba à andar un dolor sordo en la parte anterior de la tibia, un poco mas arriba de la fractura: formósele alli un absceso: el Periostio estaba corrompido en esta parte, y se descubria en el hueso una ligera hendidura; se procuró la exfoliacion, y el enfermo no tardó mucho tiempo en curarse.

Nadie contestará la posibilidad de esta fractura. El exemplo citado no viene al caso. El Sr. *Duberney* debió conocerlo, y acordarse de las razones que acaba de copiar en la exposicion de la doctrina del Autor, que él creía refutar con este hecho. Bien sabido es, dice, que los huesos pueden hendirse. Las balas de fusil, por exemplo, rompen los huesos y los henden. Un golpe de martillo ò una cóz de Caballo causará el mismo desorden; pero ninguno de estos exemplos establece esta especie de fractura, que llamamos fisura ò simple hendidura. Estas son una especie de fracturas, que deben colocarse en la clase de las contusiones, ò de las depresiones con hendidura. Lo mismo habia dicho el Sr. *Petit*. No obstante, dice éste, es cierto, que las balas de fusil pueden hendir los huesos à lo largo, aun hasta en las articulaciones; pero mi intento no ha sido comprehender este genero de fracturas entre aquellas de que acabamos de hablar. En efecto, en este caso, la hendidura es un accidente de la rotura del hueso, y no una simple fractura, como era menester que fuese para establecer una especie particular.

El sugeto de la tercera observacion del Sr. *Duberney* sobre la fractura longitudinal, es un Guardia de Corps, que estando à caballo y con botas recibió una cóz en la parte media de la pierna. El dolor fue en el instante muy agudo; el qual fue seguido de un estupor con el que se mitigó algo. Al dia siguiente se quexaba el enfermo de un gran calor, formósele una escara en el cutis, y curó en

po-

poco tiempo. Al cabo de tres meses sintió un dolor pungitivo permanente. El hueso estaba oxôstosado: se hizo una incision para descubrirle: habia en él, dice el Sr. *Duberney*, una hendidura manifiesta bastante larga, y muy profunda. Se quitó la parte excedente del hueso con el escoplo y martillo de plomo. A los ultimos golpes salió del fondo de la hendidura un liquido amarillo y muy fetido: en la curacion siguiente se le aplicaron sobre las crestas de la tibia tres coronas de Trépano, una junto à otra, se quitaron las puntas, y se halló supurada la medula. El Enfermo curó al cabo de quatro meses poco mas ò menos.

En esta observacion hay algunas circunstancias que hacen muy sospechoso el hecho. En ella se ve un hombre curado en muy pocos dias de una contusion en el hueso: al cabo de tres meses hay precision de hacerle una incision sobre un ligero exôstosis por la viveza de los dolores. En la suposicion de la hendidura primitiva, el exôstosis sería un callo defectuoso, que habria llenado la hendidura. Se dice que en el instante de la operacion se manifestó muy larga y profunda: no obstante no la habian percibido por encima de los tegumentos delgadisimos de la superficie interna de la tibia. Esta hendidura larga y profunda no penetraba hasta el canal, aunque estaba supurado el centro del hueso. A esto se reduce el hecho. La cóz causó una contusion en el hueso; se siguió à ésta la hinchazón de su sustancia, y el absceso en el canal.

Destruido el exôstosis, y abierto el canal con las coronas del Trépano, se vió una hendidura larga y profunda en el hueso. Esto era efecto de la pérdida de sustancia que habia ocasionado el Arte. En la misma relacion de la observacion, se ve que la hendidura no pudo ser primitiva. Supondremos, por no insistir en la infidelidad de esta narracion, que la tumefaccion del hueso se habia he-

cho de dos eminencias prolongadas, que dexaban entre sí un surco ò sinuosidad preternatural, y que podia tenerse por una hendidura larga y profunda. Pero bolvamos al primer principio. En este caso no hubo fractura longitudinal, ésta es fisicamente imposible, y esta imposibilidad ya está demostrada; porque no hay golpe exterior capáz de hendir el hueso, que no deba con mas razon romperle enteramente segun su gruesor.

Voy, prosigue el Sr. *Louis*, à impugnar por incidencia à un Autor célebre, cuyo nombre puede autorizar la opinion erronea de la fractura longitudinal. Este es el Sr. *Heister*, que cree que ninguno puede demostrar la imposibilidad con razones incontrastables: intenta manifestar exemplos evidentes de esta especie de fractura en Autores dignos de fé. Cita la disertacion de *Hyene* à cerca de las principales enfermedades de los huesos, y la Cirugia práctica de *Wurtzen* (*Felix Wurtzius*), cuyas observaciones sobre este punto del Arte no pueden, dice, ser leidas sin ser bastantemente alabadas. No obstante, el Sr. *Heister* no pone signo alguno pathognomonico de la fractura longitudinal, los accidentes de que hace mencion, convienen à la contusion del hueso. Irémos à las fuentes que señala, para manifestar el engaño que padeció en el juicio que hizo de los hechos à que remite à los Lectores.

Desde luego se vé por titulo del ensayo del Sr. *Heyne* (g), que en él no se trata de las fracturas, y por mas exâctamente que se lea el pasage citado por el Sr. *Heister*,

(g) Joannes Ch. Heinc. *Sueci* Tentamen Chirurgico-Medicum, de præcipuis ossium morbis, *scilicet*, *inflamatione*, *abscessu*, *&* *ulcere Periostii*, *osseæ substantiæ*, *&* *ipsius denique ossium medullæ*, *incensioni*, *ac phlegmoni mollium partium*, *seu fundamento*, *super structa*; *necnon de caris ossis*, *spina ventosâ*, *&* *rachitide*. Cum figuris.

ter, no se halla en él la posibilidad de la fractura longitudinal. *Heyne* habla allí de los abscesos de la medula, que son efecto de la acrimonia rancia à que está expuesto el aceyte medular. El virus venereo produce la corrupcion de los huesos, por la depravacion del jugo medular. La fuerte contusion de la sustancia del hueso regularmente es seguida de supuracion: una pequeña esquirla que punce el Periostio interno, ò que comprima la medula, ocasiona inflamacion y supuracion en el canal huesoso. *Heyne* apoya esta proposicion con la autoridad de los *Fabricios*, que vieron tres años despues de una fractura la supuracion putrida de lo interior del hueso; y para probar las fatales resultas de esta putrefaccion, refiere una observacion que le comunicó un Cirujano muy hábil de Leyda.

Quexabase un hombre de insufribles dolores que se estendian desde el medio de la tibia hasta el maleolo interno, en donde se manifestó al cabo de algunos dias, un tumor del tamaño de un huevo. Por la abertura que se hizo, salió una gran porcion de serosidad saniosa: el hueso estaba desnudo, y se advirtió que tambien estaba despojado de su Periostio, hasta el medio de la pierna. Continuóse la manifestacion hasta aquella parte, en donde estaba el origen del mal: allí se descubrió una abertura transversal, que penetraba al canal, de donde salia la materia acre que habia causado la carie y la gangrena. En este caso no se hace mencion ni de contusion exterior, ni de fractura, como causas ocasionales de estos accidentes. *Heyne* llama fisura à la abertura del hueso, porque tenia figura de una hendidura; y como la misma palabra latina sirve para explicar la hendidura ò fractura longitudinal, le pareció à *Heister*, que en este caso se trataba de ella. *Fissura satis ampla in medio ossis transverso*, nunca ha significado una fractura longitudinal.

In-

Insiste aun mucho mas en la autoridad de *Wurtzen*, Cirujano muy afamado de Ball. Yo he leido, dice el Sr. *Louis*, con el cuidado posible, el Capitulo en que *Wurtzen* trata de la fractura longitudinal. Este Autor da por cierto lo que aun está en disputa. Asegura haber curado algunos enfermos despues de quince años de dolores, que decian los mayores Médicos ser reumaticos; y que no reconocian otro origen que una fractura longitudinal.

Promete y no da el diagnostico de esta supuesta fractura. Los signos demostrativos de tales hendiduras, serán dice, declarados en su lugar, quando trate de los males incurables; pero no habla de ellos. Explica compendiosamente el modo de colocar las tablillas en la fractura longitudinal de los diferentes huesos. Preocupado con la posibilidad de esta fractura, llega à decir, que la mayor parte de los panarizos provienen de esta clase de fracturas en los phalanges. El Sr. *Heister* no conoció que todo esto era una cosa ridicula: remite à la lectura de este Autor à todos los que quieran profundizar la materia, y es lo mejor que se puede hacer, para quedar de una vez convencidos de la falsedad del dictámen que en ella se defiende.

ARTICULO CATORCE.

DE LA FRACTURA COMPUESTA DE LA Mandibula inferior.

LA Cirugía, dice el Sr. *le Cat* (a), tiene la reputacion de ser la parte mas cierta y mas evidente del Arte de

(a) Almacen Francés, mes de Junio del año de 1752.

de curar, especialmente quando trata de las enfermedades de los huesos, y sobre todo de sus fracturas. Ningun siglo ha producido obras tan completas como los nuestros sobre estas enfermedades. Los excelentes libros de los Sres. *Duberney*, *Velasco* y *Petit*, son conocidos de todo el mundo. No obstante, ninguno de estos grandes hombres ha hecho mencion de una fractura de la Mandibula de los dos lados, y obliqua y de la especie de aquella que se le presentó à el Sr. *le Cat*.

Un hombre llamado *Juan Custel* de Rouen, habiendose entregado demasiado à una bebida agradable y espituosa, perdió el equilibrio, y cayó dando con la barba sobre el exe de un carro. La Mandibula inferior se rompió en dos partes y obliquamente; del lado derecho entre la penultima y ultima muela, y del izquierdo entre el colmillo y la primera muela. Toda la parte anterior ò cuerpo de la Mandibula estaba abandonada à su peso y à la accion de los Musculos; los que se atan à la barba, tiraban esta pieza abaxo y à dentro, haciendola perder el nivel ordinario por la obliquidad de la fractura, que era tal, que permitia à toda esta porcion anterior entrarse ácia el fondo de la boca, y apartar, como lo haria una cuña, las dos porciones de las ramas de esta Mandibula, que restaban continuas à sus condilos articulares.

Los Autores prescriben grandes vendages para contener en su lugar las piezas de la Mandibula fracturada. Todos los preceptos dados hasta aqui sobre esta materia, y todos los vendages usados son con el fin de empujar las piezas separadas ácia atrás, hasta que se toquen con las piezas fixas. En el caso presente todas las compresiones exteriores, sobre todo las que están adelante, y dirigidas ácia atrás, concurren con los Musculos de la barba à hundir ácia la lengua y abaxo, la pieza que las dos ramas de la Mandibula separadas, y la obliquidad de la fractura de-

dexan entrar entre ellas con mucha libertad. La inspeccion de las piezas y su estado, le hicieron conocer el error que hubiera cometido en seguir el método ordinario, y le indicaron el remedio.

Para curar esta fractura era menester sujetar las ramas de la Mandibula con su cuerpo, y suprimir todos los vendages que ayudan à los Musculos de la barba à desordenarla. El medio de que se sirvió para sujetar la pieza separada con las dos ramas, es bien simple. Colocadas en su estado natural, ató con unos hilos de plata delgados y fuertes de cada lado, los dientes de la pieza separada con los dientes vecinos de las ramas de la mandibula, y apretó fuertemente esta ligadura.

Para hacer esta reunion mas firme y segura, dispuso un medio cerco de plata proporcionado à la corbadura de las piezas fracturadas, con muchos agujeros, por los que debian pasar unos hilos para atar à esta especie de tablilla muchos dientes de la pieza fracturada movible, y de las ramas fixas de la Mandibula; pero las primeras ligaduras le parecieron tan firmes y tan exâctas, que solo ellas bastaron: la reunion se hizo bien, y el callo fue hecho con perfeccion. La Cirugía saca dos utilidades de esta observacion. La primera que es directa corresponde à la novedad de la fractura, y à el método particular de curarla. La segunda es indirecta; pero mas general, y demuestra una verdad, y es que no hay cosa mas peligrosa y despreciable, que un Cirujano que no hace mas de aquello que ha visto practicar à otros, y que no tiene inventiva.

AR-

ARTICULO QUINCE.

DE LA FRACTURA DE LA CLAVICULA.

LA dificultad de mantener reducidas las piezas en las fracturas de la clavicula, es sin duda lo que ha hecho que muchos Autores hayan inventado diversos vendages para poderlas contener. En mas de doscientas fracturas de la clavicula que el Sr. *Ravaton* habia curado, y en otras muchas que habia visto curar à otros famosos Cirujanos, en casi todas observó, que los extremos de los huesos se sobrepusieron los unos à los otros, formandose un callo disforme, aunque para evitarlo tomaron las precauciones necesarias al aplicar el aparato y vendage comun, levantandole, y volviendole à poner con el mayor cuidado.

No solo encuentra este Autor el inconveniente de que la fractura de la clavicula se desune facilmente, sí tambien el que qualquiera vendage de estos, aun el mas bien hecho, no sirve à otra cosa, en afloxandose, y dexando de ser contentivo (que sucede en las primeras veinte y quatro horas) que à molestar à el enfermo, y à cortar el cutis de las axîlas, aunque se tenga la precaucion de poner debaxo de las bueltas de la venda; gruesas compresas ò colchonzillos; por lo que en adelante usó de un vendage de su invencion con las mismas idéas, y casi semejante à el que se describe aqui del Sr. *Brasdor* (a).

Estos mismos inconvenientes movieron à este ultimo Autor à darnos la descripcion de un nuevo vendage para la

(a) *Ravaton* pract. moderna de la Cirug. tom. 4. pag. 281.

la fractura de la clavicula (b). La indicacion que se presenta, dice el Sr. *Brasdor*, en las fracturas despues de colocadas, es la de contener unidas è iguales las piezas separadas, à fin de que la consolidacion pueda ser exâcta. A este fin exâmina el uso de la clavicula, y dice, que ésta es un estrivo ò puntal que da la solidéz à el apoyo, sobre el qual la cabeza del húmero se mueve circularmente en sus diferentes movimientos, ò mas bien dicho, la clavicula es la que tiene sujeta la Omoplata. Quando este puntual es fracturado, los extremos divididos se separan diferentemente, segun el lugar de la fractura, por la accion de los diferentes Musculos que se atan à este hueso.

En las fracturas de los huesos largos, las extensiones y contra-extensiones necesarias ponen à el Operador en estado de ajustar las piezas fracturadas, y despues de una buena conformacion, un vendage apropiado à el caso contiene las piezas reducidas. El Sr. *Brasdor* hace ver en la fractura de la clavicula la necesidad de continuar la extension y contra-extension en todo el tiempo de la cura. Asegura que todos los Autores se engañan quando solo se ocupan en una instantanea reduccion, creyendo haber cumplido todas las indicaciones del Arte, luego que han colocado las piezas huesosas, abandonando despues à el vendage contentivo la union y quietud de estas piezas. Los vendages comunes no pueden retener unidos los extremos del hueso. Estos se separan por la accion de los Musculos, sobre todo en las fracturas obliquas, lo que la experiencia demuestra freqüentemente, como dixe arriba.

Es muy importante no solo que la fractura de la clavicula se reuna, sino tambien que la reunion se haga de mo-

(b) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de Parìs, 5. vol. en 4.

modo, que no haya disminucion en la longitud del hueso. No obstante, sucede freqüentemente hacerse la consolidacion con acortamiento de la clavicula por reunirse las piezas la una sobre la otra. La causa de este accidente viene de que de todas las fracturas de los huesos largos, no hay alguna que para su curacion los recursos del Arte sean mas defectuosos que para ésta, En los otros huesos es el Cirujano dueño de aplicar las máquinas propias à reducir las fracturas, y à contenerlas reducidas. Estas indicaciones se cumplen por los medios propios à cada una de ellas, y ordinariamente aquellos por los quales se ha obtenido la reduccion, son inutiles luego que ésta es hecha. El vendage circular al rededor del hueso basta para mantener juntas las piezas huesosas, en todo el resto de la curacion.

No solo faltan estos recursos para la fractura de la clavicula, sobre todo si es obliqua, sino tambien en casi todos aquellos casos, en que no se puede obtener la curacion, sino por la continuacion en todo el tiempo de la cura, de la extension y contra-extension que ponen las piezas fracturadas en estado de consolidarse con igualdad. El Sr. *Brasdor* despues de recordar los principios dados y adoptados por los mejores Autores sobre la fractura de la clavicula, hace reflexîones acerca de lo que hay que admitir ò despreciar de los métodos que han descripto, y éstas tienen por base la experiencia.

El vendage que ha inventado, es una especie de justillo que se ataca por detrás, y que por medio de unas mangas que abrazan el muñon de la espalda, tira atrás la extremidad humeral de la clavicula al grado conveniente, y contravalancea la accion de los Musculos, que harian perder su nivél à los extremos del hueso colocado. Es inutil decir que este justillo supone como el vendage comun, la necesidad de un segundo aparato propio para

la curacion tópica y particular à cada especie de fractura de la clavicula; pero si es necesario hacer alguna reflexîon sobre este segundo vendage. Además de la aplicacion de los pelotones de hilas, y de las compresas en forma de Fanones por encima y por debaxo de la fractura, los Autores aconsejan la aplicacion de dos compresas en cruz sobre el sitio mismo de la fractura, y encima de estas otra compresa quadrada. Quién no ve que en los casos en que las piezas están inclinadas à hundirse, este syntoma sería aumentado por observar este precepto, y que solo nos debemos conformar con él quando la salida de las piezas fracturadas sea tan grande, que sea necesario reprimirlas, como sucede algunas veces.

Lo que acabo de decir sobre la utilidad de este vendage para la fractura de la clavicula, puede ser tambien aplicado à la dislocacion de este hueso. El Sr. *Brasdor* con el Sr. *de la Faye* lo han experimentado en una dislocacion de la extremidad esternal, dislocacion que todos saben es extremamente dificil de contener, porque en este caso los ligamentos están rotos, la cabeza de la clavicula excediendo en volumen à la cavidad del esternón que la recibe, la configuracion de la articulacion no basta à contener la dislocacion reducida; y asi este caso se puede comparar con aquel de la fractura de la clavicula, por lo que mira à la necesidad de continuar la extension y contra-extension.

ARTICULO DIEZ Y SEIS.

DE LA FRACTURA DEL CUELLO del Humero.

LA fractura del cuello del humero, dice *Heister*, es mas dificil de curar, que la de otra qualquiera parte de este hueso (a). Toda la dificultad viene sin duda de no poderse contener bien las piezas fracturadas. Solo un vendage bien hecho puede impedir el apartamiento de estas piezas; lo que es dificil conseguir en todas las fracturas inmediatas à las articulaciones: es principio recibido en la Cirugía, que las fracturas que están cercanas à una articulacion, son mas peligrosas que las que están en el cuerpo del hueso. Quando la parte principal de un hueso largo ha sido fracturada, despues que las piezas se han colocado en su estado natural, es facil mantenerlas en este estado por el vendage; y estando las piezas fracturadas sin poderse mover por las circunvoluciones de diferentes vendas, los sucos huesosos son contenidos con exâctitud, y es muy comun que esta especie de fracturas curen sin la menor desigualdad aparente en la parte de la reunion. No sucede asi quando las fracturas están cercanas à una articulacion. Estas son comunmente seguidas de Ankylose, accidente que parece no viene solo del endurecimiento de la synovia, por defecto del movimiento de la parte; pues muchas veces se impide el movimiento de un miembro por mas tiempo que el necesario à la consolidacion de una fractura, sin que sobrevenga Ankylose. Es necesario vuelvo à decir un tiem-

(a) Instit. Chirurg. part. 2. lib. 2. cap. VII. tom. 1. pag. 199.

tiempo mucho mas considerable, y puede ser aun el concurso de otras causas, para que el humor synovial se espese. La dificultad de mover los miembros quando han estado largo tiempo sin uso, por una fractura, ò por qualquiera otra enfermedad, depende à lo menos en gran parte del embaramiento que contrahen las partes blandas por falta de exercicio: y todos saben que los medicamentos untuosos y laxantes, con que se hacen embrocaciones exteriores, los quales solo obran dando suavidad à las partes tendinosas y aponevroticas, bastan para facilitar en pocos dias el movimiento del miembro; por lo que se debe inferir, que el Ankylose que sobreviene à la mayor parte de las fracturas cercanas à una articulacion, dependen exclusivamente de la materia del callo derramada, que se estiende ácia los bordes de la Capsula, y à la circunferencia de la cavidad articular; y que esta materia es la que espesandose, une ò pega las cabezas de los huesos.

Este derrame de los sucos huesosos viene sin duda de la grande dificultad que hay en conservar los huesos en el estado en que los ha puesto una exácta reduccion: en efecto, si el vendage no comprime igualmente toda la circunferencia de una fractura, abrazando circularmente las dos extremidades que han sido reducidas, estas dos piezas se separaron à el menor movimiento; y en este caso, no tocandose igualmente las superficies de las dos piezas, las partes que no se tocan, verterán los sucos huesosos, y se esparramarán en donde no encuentren resistencia. Todos saben; que es esta la verdadera causa de los callos disformes en las fracturas. Si la deformidad del callo en las fracturas, enmedio de un hueso largo, es efecto necesario de la poca atencion que se ha tenido en seguir las reglas que prescribe el Arte para mantener convenientemente las piezas por las vueltas de las vendas,

es-

está evidentemente claro, que si esta efusion de sucos sucede por qualquiera causa que sea en la fractura de un hueso junto à la articulacion, producirá necesariamente su dureza un Ankylose; y solo un vendage bien hecho puede prevenir este accidente. El Sr. *Moscati* (b) cree los vendages ordinarios, insuficientes à mantener en situacion las piezas huesosas en una perfecta conformacion en la fractura del cuello del humero. En efecto, todo el mundo conviene en que el vendage circular no es aplicable à esta fractura.

La espica y el vendage de diez y ocho cabezas con que le han querido substituir los Sres. *de la Mota* y *Petit*, no llenan todas las indicaciones que se nos presentan en la curacion de esta fractura, siendo imposible hagan una compresion igual sobre toda la circunferencia de las partes repuestas; pues además de ser cada buelta de venda obliqua en razon à la fractura, es imposible hagan una compresion igual sobre toda la circunferencia de las partes reunidas, à causa de la cavidad de la axîla formada por la atadura de los Musculos gran pectoral y gran dorsal. Las reflexîones que el Sr. *Moscati* ha hecho sobre la insuficiencia de los vendages ordinarios, le determinaron à sustituir un aparato de su invencion, que tuvo ocasion de usarle la primera vez en una desunion de la epiphysis superior del humero, enfermedad que presenta las mismas indicaciones curativas, que la fractura del cuello de este hueso.

Este aparato consiste en meter la parte en una especie de molde fabricado sobre la misma parte, que abraza el humero, y que se estiende sobre la clavicula y parte superior de la espalda, à fin de sujetar de tal modo la parte, que no pueda hacer ningun movimiento. Este apa-

(b) En una Mem. presentada à la Real Acad. de Cirug. de París.

aparato se compone de una venda larga de cinco ò seis varas, de quatro compresas longuetas, de un gran número de planchuelas de estopas, y de dos compresas quadradas suficientemente largas para dar una vuelta al rededor del brazo. Todas las piezas de este aparato à excepcion de la venda, se empapan en claras de huevo; por este medio se unen las unas con las otras, lo que contribuye à la firmeza del vendage. Las ventajas de este aparato fueron confirmadas por otra observacion del mismo Autor en una fractura del cuello del humero.

Quando leyó à la Académia Real de Cirugía de París este método del Sr. *Moscati*, presentó un hombre à quien habia aplicado aquel mismo dia este aparato. El exâmen de este sugeto, y la lectura de la Memoria dieron ocasion à el Sr. *Ledran* de exponer la práctica que él seguia en estas clases de fracturas. Este cree, que no hay mejor medio que el de hacer servir el cuerpo mismo del enfermo de fanon à su brazo, esto es de sujetar y de envolver el brazo con el cuerpo por medio de un vendage; lo que aseguró, que siempre le habia servido bien; pero à mí me parece tiene este método el inconveniente que todos los otros, en quanto à permitir el derrame de los sucos huesosos, y por consiguiente el del Ankylose, por lo que es preferible el del Sr. *Moscati*.

ARTICULO DIEZ Y SIETE.

DE LA FRACTURA DEL CUELLO del Femur.

ESta fractura, dice el Sr. *Heister* (a), que asi como es la mas dificultosa de reponer, tambien lo es el mantener la respuesta. Pocas enfermedades han sido por tan largo tiempo desconocidas como la fractura del cuello del Femur. La semejanza de algunas de las señales que la denotan, con las de la dislocacion del muslo ácia arriba y ácia fuera, la han hecho confundir; pero el Sr. *Sabatier* (b) dice es mas freqüente esta fractura, que lo que se cree comunmente, à causa del poco gruesor de las láminas de la sustancia compacta, que visten el texido celular y espongioso, que forma el cuello del Femur. Los Autores no se han ocupado con todo el cuidado que merece este asunto à observar el mayor número de señales que la caracterizan, y no han advertido que la puede haber sin apartamiento. Estos solo aconsejan para su curacion medios insuficientes y peligrosos, y no dicen nada de sus conseqüencias. Este Autor despues de su propia experiencia, y de las observaciones que han sido comunicadas sobre este asunto à la Academia, nos da alguna mas luz sobre el diagnostico y curacion de esta fractura. Toda caida sobre el muslo puede ocasionar la fractura del cuello del Femur; pero sobre todo la que se hace sobre el gran trochanter, de suerte, que es una fuerte presuncion de la exîstencia de esta fractura, el sa-

(a) Instit. Chirurg. part. 2. lib. 2. cap. VIII. pag. 203 y siguientes.
(b) En una Mem. presentada à la Real Acad. de Cirug. de París.

saber que el sugeto ha caido sobre esta parte. Los accidentes que le sobrevienen, la hacen conocer de un modo mas positivo. Estos son un dolor vivo à la parte superior del muslo, y principalmente en la Ingle, la imposibilidad de mover la extremidad fracturada, su acortamiento quando hay apartamiento de las piezas huesosas; el gran trochanter se echa entonces ácia fuera, y sube sobre la cara externa del hueso Ilio, y se siente una crepitacion, quando despues de la extension se acercan las partes fracturadas.

Hay otras señales bastante esenciales, que no han sido hasta ahora bien conocidas. Estas son un dolor vivo quando se aparta el muslo enfermo del sano: esto viene de que en el movimiento la parte rota del Femur, que se apoya sobre las carnes vecinas las rasga y magulla, y por el contrario, el enfermo parece no siente ningun dolor, y como que recibe algun alivio quando se acerca el muslo enfermo ácia el sano; porque en esta accion las partes blandas no padecen compresion por las piezas fracturadas; y segun la observacion del Sr. *Foubert*, y otros Prácticos, quando la rodilla está ligeramente doblada, ésta y la punta del pie están bueltos ácia fuera. En quanto à la posibilidad de volver la punta del pie ácia dentro, y ácia fuera dada como una señal cierta por algunos Autores, no es facil ni prudente hacer la prueba, à causa de los dolores vivos que estos movimientos ocasionan, y que dependen del magullamiento de las carnes por las puntas ò desigualdades del hueso.

Quando la fractura del cuello del Femur es con apartamiento, se presentan constantemente las referidas señales; pero hay casos en que el muslo no disminuye de su longitud, ni muda de posicion aunque el cuello del Femur esté roto. Estas clases de fracturas son sin apartamiento, ò si sobreviene alguno, es consecutivamente, y

mas

mas ò menos largo tiempo despues. Ninguno ha hecho mencion de estas fracturas antes del Sr. *Duberney*, y aun en el caso de que este Autor habla, la fractura era de causa interna, y el efecto de un vicio venereo; de suerte, que se puede dudar que haya conocido esta especie de fractura hecha por causa externa.

El Sr. *Sabatier* cuenta muchas observaciones, que no dexan motivo de dudar de la realidad de las fracturas sin apartamiento. Estos casos son extremamente embarazosos, y el dolor y la imposibilidad de mover el muslo, son casi las solas señales que la dan à conocer.

No obstante, este Autor ha reconocido que la rodilla y la punta del pie se inclinan algo ácia fuera, y lo atribuye asi en esta ocasion, como en aquellas en que hay apartamiento, à la accion de los Musculos quadrados y gemelos, y demás Rotatores del muslo, cuya accion dexa de ser contrabalanceada por la resistencia que les oponia la continuidad del cuello y cabeza del Femur. La crepitacion podria tener lugar aqui; pero es menester para esto hacer en la parte movimientos que procurarian el apartamiento de las piezas huesosas, y asi es mejor, no obstante el defecto de las señales positivas, estár à aquellas de que acabo de hablar, y curar el enfermo como si se estuviese seguro de su estado y como pudiera suceder, no haber mas que una contusion en la articulacion, es menester suspender el juicio hasta el tiempo en que los efectos que acostumbran resultar, deberian estár enteramente disipados; pero si subsisten despues de veinte y cinco ò treinta dias, se puede con fundamento presumir la fractura del cuello del Femur, y dirigir la curacion como à tal: además que los remedios que convienen à la contusion son los mismos que los que exîge esta fractura en los principios.

Quando la fractura del cuello del Femur es con apar-

tamiento, se reduce por medio de la extension y contra-extension; pero es como he dicho muy dificil el mantener las piezas huesosas reducidas. El Sr. *Sabatier* halla grandes inconvenientes en el vendage ordinario, que es la espica. El vendage que el Sr. *Duberney* propone en su Tratado de las enfermedades de los huesos, tiene menos, pero no se opone de ninguna manera à el acortamiento del muslo. El Sr. *Belloq* ha dado la descripcion de un nuevo vendage para las fracturas en el tercer volumen de la Academia Real de Cirugía de París; pero tiene el mismo inconveniente que los lazos continuados por largo tiempo. Por otra parte ésta es una Máquina muy embarazosa, y de una construccion muy costosa para un uso general y comun.

El Sr. *Sabatier* adopta el método del Sr. *Foubert*, que es recomendable por su simplicidad, y muchos Prácticos se han servido de él con buen suceso. Este consiste en las extensiones del miembro repetidas cada doce ò catorce horas los primeros dias, y despues menos freqüentes: rara vez es necesario el uso de éstas por mas de veinte ò veinte y cinco dias. En lo demás el Sr. *Foubert* tiene por inutil y aun peligrosa qualquiera especie de vendage. El tiempo que dura la curacion, siguiendo este método, es de tres ò quatro meses.

No obstante las ventajas que presenta este método, no se puede evitar con él el que quede una claudicacion mas ò menos considerable, pero se remedia facilmente ésta, poniendo en el talón una ò dos suelas, para que sea mas alto que el otro, y este inconveniente se tendrá por de muy poca ò ninguna entidad, si se considera que la fractura del cuello del Femur atrahe algunas veces los efectos mas peligrosos, y aun la misma muerte, como el Sr. *Sabatier*, con todos los Prácticos, lo han observado. Este dice ha visto fracturas del cuello del Femur,

que

que no se han unido en diez meses, y que en aquellos que han muerto de ellas, ha hallado algunas veces infiltraciones y extravasaciones sanguineas ò purulentas en las partes circunvecinas à la articulacion.

ARTICULO DIEZ Y OCHO.

DE LA FRACTURA DE LA ROTURA.

MUchos Prácticos pretenden que las piezas fracturadas de la Rotula nunca se reunen, quedando siempre entre ellas un espacio mas ò menos considerable à proporcion de lo grande que ha sido el apartamiento, el qual espacio se llena por la materia que forma el callo. Tan convencido estaba de esta verdad el Sr. *Pibrac*, que propuso publicamente depositar cien Luyses, destinados para aquel que le hiciese ver una Rotula enteramente reunida despues de haber sido fracturada. No obstante si se exâmina por encima de los tegumentos la Rotula de algunas personas que han padecido esta fractura, como no se percibe ningun vacío entre las piezas no es facil persuadirse que no estén exâctamente reunidas; pero tambien es cierto, que todas aquellas quitadas de los cadaveres, que se han visto hasta aqui, presentan enmedio de la fractura un espacio lleno de la materia callosa.

El Sr. *Valentin* (a) ha publicado una disertacion, en la qual prueba, que la sola situacion basta para procurar la reunion de las fracturas tranversales de la Rotula. La facilidad con que se unen las fracturas longitudinales de este hueso, está demostrada por la experiencia, y asi no se

(a) Recherch. Critiq. sur la Chirurg. moderne, pag. 173.

se puede hallar en la misma Rotula la causa del defecto de reunion de las fracturas transversales. ¿Se podrá culpar à la mezcla de la sinovia con el humor destinado à formar el callo? ¿Podrá ser acaso por falta de Periostio? Sin duda que no: porque estos accidentes teniendo igualmente lugar en las fracturas, tanto longitudinales, como transversales, lo efectos deberian ser los mismos en las dos especies. No se puede, pues, atribuir el defecto de reunion en un caso, y no en el otro, sino à la fuerza contractiva de los Musculos extensores de la pierna, y à el resorte del tendon aponevrotico, que tiene la Rotula atada à la parte superior de la tibia. Estos son los dos agentes que forman los obstáculos invencibles à la consolidacion de las piezas divididas.

Dos siglos hace que son conocidas estas causas, y han sido publicadas por *Fabricio de Hildano*, el mas célebre Cirujano de su siglo. El Arte no ha llegado despues à mayor perfeccion sobre este punto. Los obstáculos son los mismos, com se puede juzgar del número infinito de vendages que han inventado, y que se inventan aun todos los dias, para dar à los Musculos la extension que se cree absolutamente necesaria. El Sr. *Valentin* pretende que estos vendages nunca pueden ser utiles, porque el principio en que se funda su aplicacion es falso, respecto que no se pueden tener estendidos los Musculos con la aplicacion de los vendages sobre sus fibras carnosas, y hace ver que las piezas de una Rotula fracturada transversalmente pueden tenerse unidas sin hacer ningun esfuerzo sobre las partes à que están atadas.

Las partes, dice, están en la situacion mas favorable à la reunion, quando el punto movible de un Musculo divido, se halla en la inmediacion mas perfecta de su punto fixo; basta, pues, mantener la parte en esta situacion para sujetar las dos porciones del Musculo dividi-

dido en el contacto inmediato. Para conseguir esto con las piezas fracturadas de la Rotula, propone, despues de haber estendido la pierna sobre el muslo, llevar la extremidad inferior à el punto mas elevado, que la pueden llevar los mismos Musculos extensores, quando conservan su accion, y por este medio acercar la atadura movible ò inferior de los Musculos bastos, y crural à sus ataduras superiores. Con esto las piezas fracturadas están en el contacto mas inmediato, y para procurar la reunion no es necesario otra cosa que oponerse à que no vacilen à los lados. Tal es el método, tan simple como útil del Sr. *Valentin*, para reunir las fracturas transversales de la Rotula. Para mantener la parte en el punto de elevacion señalado, propone una pantufla ò chinela, à la que se ata una cinta ò cuerda de cada lado, y otra à la punta, que deben ser bastante largas para llegar à atarse al vendage de cuerpo, teniendo siempre cuidado de situar debaxo de la pierna y muslo bastantes almohadas para poderlos sostener, y ayudar à el primer vendage.

Por ser esta materia bastante importante, me parece no es fuera de proposito poner aqui la doctrina que el Sr. *Bassuel* ha dado à la Academia Real de Cirugía de París en dos Memorias históricas y criticas sobre la curacion de las fracturas de la Rotula. Resulta de sus reflexîones y observaciones, que no obstante los grandes progresos que ha hecho la Cirugía, en el dia está falto el Arte sobre este objeto; y propone un nuevo instrumento, el qual si se le puede dar semejante nombre, consiste en un pedazo de suela agujereada para sujetar el hueso fracturado, y acomodado artistamente à la figura de la parte, y de una segunda pieza tambien de suela, arqueada como una teja, y cortada en forma de media luna por sus extremos, destinada à abrazar la corva: una y otra pieza están

tán guarnecidas de una compresa en quatro dobleces para que no molesten. Se acercan y afirman mutuamente por una cinta de hiladillo, que está asegurada à la parte media y alta de la pieza de la rodilla. Esta tiene unos canales de cuero delgado à los quatro ángulos, para mantener los cruzados, que debe hacer la cinta debaxo de la corva, por encima y por debaxo de la rodilla.

El Sr. *Bassuel* admite el uso de los fanones (aunque cree se puede absolutamente pasar sin ellos) persuadido à que estos mantendrán mejor al enfermo en la situacion que le conviene, especialmente mientras duerme, por si acaso hiciese involuntariamente algunos movimientos extraordinarios; y haciendo una critica de las máquinas de metales inventadas para la Rotula fracturada, demuestra lo ridiculo de su uso. Despues de la descripcion de su nuevo vendage, añade, que en los Exercitos en donde la salud de todo hombre es útil à el Soberano y à el Estado, este vendage será de una particular è importante utilidad, pues solo él basta para la conduccion de los enfermos, y se puede creer que la fractura será curada en menos tiempo, porque en lugar de cincuenta ò sesenta dias de cama, con este vendage bastan veinte ò veinte y cinco para poner al enfermo en estado de levantarse, y aun de principiar à andar con las precauciones necesarias.

El Sr. *Ledran* ha comunicado à la misma Academia en 1753 en una sesion pública los medios de que se sirvió para restablecer el movimiento de la pierna, perdido por una fractura de la Rotula que no fue reunida. Un Religioso de la Abadía de *San Antonio*, haciendo oracion de rodillas, se rompió la Rotula en el movimiento que hizo para levantarse. Está probado por muchas experiencias, que la accion de los Musculos extensores de la

la pierna, y la oposicion que hace el peso del cuerpó, son causas suficientes para fracturar este hueso. La tumefaccion è inflamacion considerables que sobrevinieron à la rodilla, impidieron segun todas las apariencias, al Cirujano reconocer el estado de la Rotula. No tuvo otra indicacion que la de oponerse à los syntomas manifiestos por las sangrias y à la aplicacion de las cataplasmas, capaces de calmar el dolor, y quitar la inflamacion. Luego que estos accidentes fueron disipados, el enfermo se creyó curado, quedandole no obstante una dificultad de mover la pierna, que juzgo procedia de la debilidad del miembro. Pasados cinco meses, hallandose en el mismo estado, llamaron à el Sr. *Ledran*. Por el exâmen de las partes reconoció que la Rotula habia sido fracturada transversalmente, y que entre las dos piezas de este hueso habia un dedo de distancia. Conceptuó imposible el acercar estas piezas divididas, pues la contraccion de los Musculos extensores de la pierna, implantados sobre la porcion superior de la Rotula, se lo impedian.

No obstante esto, no perdió las esperanzas de hacer útil esta pierna à el enfermo, y reflexîonando que quando ha sido necesario (por qualquiera razon que sea) tener el brazo doblado por seis ò mas semanas, no se puede estender, porque los Musculos que sirven à la flexîon, se han puesto tensos ò embarados por la contraccion habitual que han adquirido en una inaccion tan larga, creyó que si en este caso se tenia la pierna estendida un tiempo suficiente, sin que se pudiese doblar la rodilla, las fibras de los Musculos extensores contraherian una tension è inflexîbilidad, que podria permitir à el enfermo sostenerse sobre su pierna. El Sr. *Ledran* asegura haberle salido bien su proyecto: en el espacio de dos meses se formó un falso Ankylosis, del qual el enfermo reci-

bió todas las ventajas que esperaba. Los Musculos poco à poco volvieron à tomar el movimiento que habian perdido, y segun este Autor, aunque las dos porciones de la Rotula se quedaron separadas, el enfermo se pudo servir de su pierna como antes de la fractura.

ARTICULO DIEZ Y NUEVE.

DE LAS EXTENSIONES Y CONTRA-EXtensiones en las dislocaciones.

LA primera indicacion que se presenta en la cura de una dislocacion, es la reduccion, la que se consigue por diferentes medios. Casi todos los Autores han tenido por insuficientes en muchos casos para la reduccion de los huesos dislocados, las manos y los lazos, por lo que nos aconsejan el uso de las máquinas. El Sr. *Heister* (a) dice, no nos acordemos de ellas, porque solo sirven de causar al enfermo terror y dolores, y no son de utilidad. No obstante, en las fracturas y dislocaciones del humero y femur, no bastando las manos y lazos, nos dice usemos de la troclea, ò polipastro; pero como las manos, ò lazos, situados convenientemente, bastan para vencer la resistencia de las partes, y pudiendose mas facilmente por estos medios aumentar, disminuir, ò multiplicar las fuerzas, quando sean necesarias, se han abandonado por la buena Cirugía todas las máquinas, cuyo solo aspecto asusta al enfermo, además que su aplicacion es como he dicho muy dolorosa.

Pa-

(a) Inst. Chirurg. Part. 1. lib. 3. cap. 2. tom. 1. pag. 226.

Para hacer las extensiones y contra-extensiones necesarias à la reduccion de las dislocaciones, el Sr. *Heister*, con todos los demás Autores, que han tratado hasta su tiempo de estas enfermedades, nos aconsejan apliquemos las fuerzas extensivas y contra-extensivas lo mas cerca que se pueda de la dislocacion ò fractura. La Cirugía moderna ha conocido la insuficiencia de este precepto, considerando, que la dificultad que se halla en las reducciones por el método antiguo, no depende tanto de la resistencia de los Musculos contrahidos, como de su contraccion aumentada por la aplicacion de las fuerzas sobre ellos.

Estas sólidas reflexîones han conducido à los Sres. *Fabre* y *Dupouy*, Cirujanos de París, y miembros de la Academia Real de Cirugía, à un método mas suave y facil de reducir las dislocaciones. El Sr. *Dupouy* ha experimentado, que quanto mas apartadas están de la dislocacion las fuerzas extensivas, mas facilmente se hace la reduccion. Para comprobacion de esto (b) nos da una observacion de un hombre, cuyo Femur fue dislocado por los esfuerzos que hizo para subir detrás de un coche. El Cirujano que fue llamado, intentó la reduccion por el método ordinario; pero no pudo conseguirla. Llamaron al Sr. *Dupouy*, éste no hizo mas que estender horizontalmente el muslo enfermo junto à el sano, y en tanto que un ayudante hacía con su mano una compresion sobre la rodilla, à fin de tener esta parte en su mayor extension, para que los Musculos se pusiesen en el mas posible paralelo, tiró el pie ácia sí, haciendo ligeros movimientos à la derecha è izquierda, y tuvo la satisfaccion de oír entrar la cabeza del Femur en la cavidad cotyloï-

 de.

(b) Manual del Joven Cirujano, por el Sr. *Nicolás*, part. 3. cap. VII. pag. 430.

de. Con este mismo método reduxo este Autor quatro dislocaciones del muslo en presencia de muchos Cirujanos.

Estas observaciones prueban, que la reduccion de una dislocacion es mucho mas facil quando las fuerzas extensivas no son aplicadas sobre los Musculos contrahidos. Por el método de los Sres. *Fabre* y *Dupouy*, las manos ò lazos no comprimen los Musculos que se han de estender, por lo que el dolor y la resistencia son mucho menos: los Musculos ceden mas facilmente, y la reduccion es mas pronta y menos penosa. Algunos han creido, que solo puede convenir este método en las dislocaciones recientes; pero que en las antiguas è inveteradas, no sería suficiente. Las observaciones sobre este punto de muchos y buenos Cirujanos que se leen en el Diario de Medicina de París nos aseguran haberlo sido aun en las dislocaciones antiguas del muslo.

Si se considera esencial el aplicar las fuerzas extensivas en un punto bien apartado de la dislocacion, no lo es menos evitar la aplicacion de la fuerza contra-extensiva sobre los Musculos del miembro dislocado. Esta juiciosa observacion se la debemos al Sr. *Fabre*. En efecto si en el caso de dislocacion del Femur se aplican los lazos à la ingle del lado enfermo, se comprimirán necesariamente el Musculo tripes, y los inmediatos, el dolor será mas fuerte, y la contraccion de los Musculos se opondrá à la reduccion. Al contrario, si se pone el lazo en la ingle del lado sano, y se sujeta el cuerpo con otro lazo, aplicado al travès sobre el hueso ileo del lado enfermo, entre la cresta de este hueso y la articulacion del muslo, haciendo tener las extremidades à el lado opuesto, obliquamente de abaxo à arriba. Se mantiene la pelvis fixa è inmovil, los Musculos quedan libres, y ceden facilmente, y el hueso no halla obstáculo para ser reducido.

Lo

Lo mismo se debe entender de la dislocacion del humero, solo que en este caso hay mayor dificultad, porque el hueso de la espaldilla es movible, y sigue la extension que se hace à el brazo; y asi para el buen éxito de la operacion, es necesario fixarle en quanto sea posible, tirandole atrás, cuidando al mismo tiempo que los Musculos gran pectoral y dorsal por la compresion del lazo no retengan la cabeza del humero debaxo de la cavidad articular: que el mismo lazo no abraze la cabeza, y que los vasos y nervios brachiales no sean comprimidos. Esto se consigue haciendo la contra-extension con una toalla suave, poniendo su medio debaxo de la axîla, y cruzando los dos extremos sobre el hombro, se conducen uno por delante, y otro por detrás, de los que tirará un ayudante, teniendo cuidado de empujar lo mas que pueda ácia el pecho la porcion de toalla, que sube de la axîla sobre él, cuyo ramal es el que pasa de adelante atras sobre el hombro: y la extension la hace otro ayudante agarrando con una mano la del enfermo y con la otra la parte inferior del antebrazo.

Comunmente esto es suficiente para la extension y contra-extension necesarias à la reduccion del hueso; pero si fuese preciso poner lazos, se colocarán estos en la parte inferior del antebrazo, y encima de los condilos del humero, advirtiendo, que para hacer la reduccion ha de estár el enfermo echado transversalmente ácia los pies de la cama. Estos medios son mas seguros, mas faciles y mas prontos, y no se puede dudar que el método propuesto por los Sres. *Fabre* y *Dupouy*, es un dón precioso con que estos dos Cirujanos han enriquecido la Cirugía.

AR-

ARTICULO VEINTE.

DE LA DISLOCACION DE LAS COSTILLAS.

LAS costillas, dice *Heister* (a), se pueden dislocar arriba, abaxo y adentro; pero el Sr. *Buttet* prueba (b) con sólidas razones, tomadas de la mecánica y extructura de la parte, que solo se pueden dislocar ácia dentro. La dificultad que experimentó este Autor en el caso de una costilla dislocada, le dió ocasion de hacer sérias reflexîones sobre este genero de dislocaciones. Los antiguos no las conocieron, muchos modernos no han dicho nada de ellas, y la mayor parte de los que han hablado de ellas, han admitido como *Heister* los tres generos arriba dichos. Si reflexîonamos el modo cómo han tratado esta materia, no será dificultoso de creer, que ninguno ha escrito por experiencia, sí que los unos han copiado à los otros, aunque no están acordes entre sí. Las señales que admiten para reconocer estas dislocaciones son muy falsas, y los medios de curacion que proponen, no son de ningun modo sugeridos por la práctica.

La Anatomía enseña, que estas arcadas huesosas están apoyadas posteriormente sobre el cuerpo de las Vertebras; de modo, que su cabeza puede facilmente deslizarse sobre este mismo cuerpo ácia dentro, si los ligamentos que las atan à él y à las apophysis transversas se rompen por alguna causa externa. No obstante, no todas son igualmente susceptibles de dislocacion. Las primeras de las verdaderas son en algun modo preservadas por las es-

(a) Instit. Chirurg. part. 1. lib. 3. cap. IV. tom. 1. pag. 236.
(b) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 4. vol. en 4.

escapulas, y las ultimas de las falsas son tambien menos expuestas por estár flotantes. Solo las quatro ò cinco inferiores verdaderas, y las dos ò tres primeras falsas, pueden ser dislocadas, y aquellas deben serlo mas facilmente que éstas.

El Sr. *Buttet* hace ver, que quanto mas largas y mas corvas ácia la parte posterior, y mas sólidamente están apoyadas anteriormente las costillas, con mas facilidad se dislocan, y que no obstante se debe creer, que para hacerse este apartamiento, es necesario una causa muy pujante; y que el cuerpo con quien choquen tenga poca superficie, à fin que su esfuerzo obre sobre una sola costilla, ò sobre dos ò tres à lo mas, y que esto lo haga posteriormente lo mas cerca de su articulacion con las Vertebras; ò à lo menos sobre su ángulo. Despues de estas reflexîones no se detiene este Autor en decir, que la dislocacion ácia dentro es la única que puede hacerse, y que las de arriba y abaxo admitidas por algunos Autores, son puramente imaginarias.

La costilla dislocada prontamente se acerca à su articulacion; tanto por su propio resorte, quanto por la accion de los Musculos que à ella se atan, y sin el socorro del Arte queda movible y vacilante: estos son los signos de esta dislocacion. En efecto ya se empuje ácia atrás la costilla dislocada, colocando una mano sobre la extremidad anterior, y poniendo la otra al mismo tiempo sobre las Vertebras del dorso, comprimiendo alternativamente; ya el enfermo haga esfuerzo para levantarse quando está echado, ya finalmente tosa con fuerza, la costilla hace un movimiento considerable, acompañado de un ruido sensible al oído. Este movimiento debe distinguirse del que haría la porcion anterior de una costilla rota, en que se percibe con los dedos apoyados sobre las Vertebras dorsales, la extremidad posterior de la costilla por una

una especie de salto, y en que no se puede confundir el ruido que la acompaña con la crepitacion, porque en la fractura el ruido es confuso, y en este caso es claro y distinto. Este es el signo pathognomonico de la dislocacion de las costillas. Los que nos dan los accidentes, como la tós, el dolor y la dificultad de mover el tronco, son equivocos.

Siendo, pues, los accidentes que acompañan las dislocaciones de las costillas muy peligrosos, se deben éstas prontamente reducir y mantener quietas en su lugar. Se satisface plenamente à esta doble indicacion con la sola aplicacion de un aparato compuesto de dos compresas de quatro dedos de ancho, ocho ò diez de largo, y cerca de dos de grueso, colocadas la una sobre la articulacion anterior de la costilla dislocada, y de sus inmediatas, tanto inferiores como superiores; y la otra sobre las apophyses transversas de las Vertebras del dorso del lado opuesto à la dislocacion, sostenidas ambas por el vendage llamado Quadriga. Para confirmacion de esta doctrina el Sr. *Buttet* trahe la observacion siguiente.

Un Carretero recibió un golpe con la rueda de un carro, en el borde superior de la orbita izquierda, y cayó con violencia sobre la rueda de otro. El Sr. *Buttet*, llamado dos dias despues, encontró el enfermo, padeciendo mucho, con calentura, tós y opresion en la respiracion. Al registrarle descubrió una contusion, cuyo centro correspondia al ángulo de la sexta costilla verdadera del lado derecho. La inflamacion que acompañaba esta contusion, y la obesidad del enfermo hicieron inutiles por algun tiempo los reconocimientos que hizo para asegurarse del estado de las costillas; pero al fin, comprimiendo sus extremidades anteriores con la mano derecha, apoyando al mismo tiempo con la izquierda sobre las vertebras dorsales, la sexta costilla verdadera hizo un mo-

movimiento acompañado de un ruido muy perceptible al oído. Confiesa el Autor con ingenuidad, que decidió ligeramente, que la costilla estaba rota, se lo persuadió al Cirujano de Cabezera, y se le aplicó el aparato que el Sr. *Petit* prescribe para la fractura de las costillas ácia fuera.

Lexos de aliviar al enfermo este aparato, le exâcervó los accidentes, por lo que el Sr. *Buttet* fue llamado segunda vez. El esfuerzo que hizo el enfermo á su llegada para sentarse, ocasionó el movimiento de la costilla, y el ruido que hizo, le oyeron los asistentes; asegurado éste mas y mas por repetidas pruebas, haciendo toser al enfermo, advirtió su error, y conoció que la costilla estaba dislocada, y no fracturada: aplicó luego el aparato dicho arriba, y el enfermo fue en el momento aliviado, y en poco tiempo perfectamente curado.

El Sr. *Buttet* hace notar en esta observacion muchas circunstancias que prueban la solidéz de su doctrina. Observa que la caída de este hombre habia sido con fuerza, que habia dado sobre la parte cortante de una de las llantas de la rueda de su carro, parte que presenta poca superficie, que la violencia de la cayda fue recibida sobre el ángulo de la costilla, y por consiguiente muy cerca de la articulacion, y que la costilla dislocada era la sexta verdadera; esto es, una de las que segun sus principios se deben dislocar mas facilmente.

ARTICULO VEINTE Y UNO.

DE LAS DISLOCACIONES CONSECUTIVAS del Femur.

NO siempre son las dislocaciones el efecto de una causa externa y violenta, algunas veces dependen de causas internas, capaces de relaxar los ligamentos, destinados à fortalecer las articulaciones, de hinchar los huesos, ò de aumentar la cantidad de la synovia. Este genero de dislocacion la conocieron los antiguos; pero no supieron, que quando un golpe ò caida no ha causado en la parte desorden aparente, la contusion de las partes internas de la articulacion puede atraher allí un conjunto de humores, ò dar lugar à otros desordenes, que son algunas veces seguidos de una separacion de los huesos que la componen. El Sr. *Petit* es el primero que habla de esta dislocacion en una Memoria impresa entre las de la Academia Real de las Ciencias, año de 1722.

Aunque pueda suceder ésta en otras partes, este célebre Práctico la ha descrito como particular à la articulacion del Femur con el Ischio, y dice que es un efecto bastante freqüente de la caida sobre el gran trocanter, y cree, que quando esta parte del hueso del muslo recibe algun golpe, su cabeza es violentamente empujada contra las paredes de la cavidad cotyloïde, y que no estando llena exactamente esta cavidad, los cartilagos que cubren la una y la otra, las glandulas synoviales y el ligamento redondo son magullados; de donde resulta obstruccion, inflamacion y absceso.

La synovia, que en este caso se separa en mayor can-

cantidad, llena la capsula, y toda la cavidad de la articulacion, à lo que se sigue poco à poco la dislocacion; pues no pudiendo esta synovia ser disipada por el movimiento de la parte, relaxa los ligamentos, y los pone no solo en estado de no poder resistir à los esfuerzos que ella hace para echar la cabeza del hueso fuera de su caxa; sino tambien à los que los Musculos hacen para tirarla ácia arriba; y alargandose el ligamento redondo poco à poco, el dolor aumenta, y este syntoma no disminuye hasta que el ligamento del todo relaxado ò roto, abandona la cabeza del hueso à toda la fuerza de los Musculos.

La experiencia ha enseñado à el Sr. *Sabatier* (a), que todas las dislocaciones consecutivas no tienen siempre por causa las caidas sobre el gran trocanter, y es de parecer, que no suceden siempre del modo que el Sr. *Petit* dice. Fue consultado aquel à principio de Abril de 1760, para un muchacho de trece à catorce años, que hacía cerca de dos años tenia un absceso considerable en la parte anterior interna y superior del muslo derecho. La extremidad de este lado estaba tres dedos mas corta, y la punta del pie muy buelta ácia dentro. En la region de la nalga y lomos tenia una tumefaccion edematosa, que se estendia à lo largo del muslo hasta la rodilla, y era muy dolorosa en algunas partes, especialmente en el pliegue de la ingle, cuyas glandulas estaban hinchadas y duras en toda la circunferencia del absceso.

Informado de lo que podia haber dado lugar à esta enfermedad, y de las circunstancias que habian precedido, supo que el muchacho habia caido sobre la rodilla el 15 de Junio de 1759, y que habia sentido un dolor muy vivo desde la parte ofendida, hasta lo alto del muslo,

 por

(a) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 5. vol. en 4.

por lo que habia sido obligado à estár quatro dias en la cama: habiendosele disminuido los dolores, se levantó, queriendo hacer sus exercicios ordinarios, le fue imposible el sostenerse, por lo que se vió precisado à servirse de muletas hasta el tres de Enero siguiente. En todo este intervalo de tiempo las glandulas inguinales se infartaron mucho. Este accidente se calmó algo por la aplicacion de cataplasmas y emplastos emolientes, y ligeramente resolutivos. No obstante, los dolores aumentaron de dia en dia, la dificultad de andar con las muletas se hizo mayor, y el muslo comenzó à ponerse mas corto que el otro. Un impyrico que vió el enfermo, aseguró que tenia el muslo dislocado, y que era necesario reducirle. Para esto hizo las tentativas que creyó necesarias à la reduccion, y puso el aparato que juzgó conveniente. Algun tiempo despues aconsejó à el enfermo el andar, lo que no pudo hacer sin el socorro de sus muletas, y experimentando dolores mas vivos que nunca. En fin las glandulas inguinales se infartaron de nuevo, y à mediados de Febrero comenzó à formarse el absceso.

El Sr. *Guérin* que se halló por casualidad en casa del Sr. *Sabatier* quando llevaron el enfermo, le exâminó con mucha atencion, y ambos convinieron en que el muslo estaba dislocado consecutivamente, y que el absceso tenia su principal sitio en la capsula articular. No obstante, como el muchacho padecia mucho, y estaba consumido por una calentura lenta que le habia enflaquecido considerablemente, acordaron dar salida à el pus por una pequeña abertura, con la idéa de procurarle algun alivio. Practicada ésta, salió cerca de tres libras con un olor fetido y de varios colores. La ulcera fue curada con una mecha, que en adelante se cubrió de un digestivo simple, haciendole despues algunas inyecciones ligeramente detersivas para extraher las materias, y prevenir su detencion.

cion. Algunas veces eran blancas, y otras serosas, sanguinolentas, ò nigricantes, y quando tenian esta ultima calidad, salian mezcladas con ellas pequeñas porciones de hueso de una naturaleza espongiosa.

Los efectos de la operacion fueron desde luego mas favorables que lo que se esperaba. El muslo se desentumeció, las glandulas de la ingle disminuyeron, los dolores fueron menos vivos, y la calentura se disipó casi del todo. Inopinadamente se renovaron estos accidentes con mas fuerza que nunca, y se elevó en el pliegue del muslo un tumor que se abrió él mismo en pocos dias, y salió de él una gran cantidad de pus, que parecia venir por debaxo del ligamento de Falopio. El muslo se acortó diariamente, y le sobrevino una tumefaccion edematosa, y erisipelatosa, que se estendia à la pierna y pie. Se formó una ulcera sordida por encima del maleolo externo, y el enfermo pereció de consumpcion cinco meses y medio despues de la operacion.

A la abertura de su cadaver se hallaron muchas colecciones de pus, las quales unas estaban entre los Musculos gluteos, y otras en la cara externa del hueso Ileo, hasta la cavidad cotyloïde. Los Musculos de la parte anterior y superior del Muslo estaban empapados de gran cantidad de materias semejantes à aquellas que habian salido por la abertura del depósito principal, que llegaba hasta la articulacion del muslo. El Femur estaba subido mas de quatro dedos sobre la cara externa del hueso Ileo. El cartilago que cubre su cabeza, estaba enteramente destruido, y esta parte del hueso alterada y corroida profundamente. Lo que le pareció mas extraordinario à el Sr. *Sabatier* fue, que la cavidad cotyloïde estaba de tal modo corroida, que los bordes de la cavidad articular estaban tan destruidos, que no habian podido retener la cabeza del Femur, y habia sido obligada à obedecer à la

ac-

accion de los Musculos. Toda la parte de la cara externa del hueso Ileo, en donde la cabeza del Femur habia frotado, estaba alterada, y se desprendian facilmente fragmentos semejantes à los que habian salido con la supuracion.

De lo dicho se ve, dice el Sr. *Sabatier*, que esta enfermedad ha sido el efecto de una caida sobre la rodilla, y que ha tenido por principio la errosion y destruccion de una parte del hueso Ileo, y no solo un conjunto de humores ò de synovia en su cavidad. La explicacion de este desorden ella misma se presenta, y nada tiene de extraño en un sugeto tan joven como éste, cuyos tiernos huesos participaban aun de la naturaleza de las partes moles. Parece que una enfermedad como ésta no puede suceder en un hombre adulto; pero tambien la ha observado el Sr. *Sabatier* en dos Soldados de edad de treinta y cinco à treinta y seis años, de lo que se infiere, dice este Autor, hay una clase de dislocacion consecutiva del Femur, que es producida por la supuracion de una parte del texido espongioso del hueso Ileo, y por la destruccion de los bordes de su cavidad articular, y que esta enfermedad procede de las caidas sobre la rodilla, y sobre el gran trocanter, y que es comun à los jovenes y à los adultos, y puede suceder siempre que el golpe sea bastante para causar una contusion violenta en el hueso, y para producir la tumefaccion de su texido vascular, estando mas expuestos à ella, quanto menos consistencia y firmeza tienen los huesos. En fin, que esta dislocacion conduce à una muerte cierta, porque una vez principiada la carie, se va estendiendo y penetrando profundamente en la sustancia del hueso Ileo.

Las señales que la preceden son, un dolor violento en el instante del golpe, y la imposibilidad de mover el miembro. Esta imposibilidad no es tan completa, como quan-

quando se fractura el cuello del Femur; porque los Musculos tienen en la parte superior de este hueso, y en la cavidad articular, que no han padecido alteracion, un punto de apoyo suficiente para determinar su accion sobre el muslo. Este accidente prontamente es seguido de dolor, hinchazón mas ò menos considerable, y de calentura. No se conoce al pronto, que el muslo haya disminuido de su longitud, ni que la rodilla, ni el pie hayan mudado de posicion; pero en adelante el muslo se acorta poco à poco, y la rodilla y punta del pie se vuelven ácia dentro. El enfermo no se puede mover sin sentir dolores muy vivos; se forma un absceso por congestion en la parte superior del muslo, sobreviene calentura lenta, y el enfermo perece mas ò menos tarde, segun la rapidéz con que el mal aumenta y se estiende.

Este diagnostico basta sin duda para distinguir esta especie de dislocacion de aquella de que el Sr. *Petit* ha hablado. Esta ultima no es siempre acompañada de absceso, y el acortamiento del muslo à que da lugar, debe ser siempre precedido del alargamiento de esta parte. Es verdad, dice el Sr. *Sabatier*, que el Sr. *Petit* supone lo contrario, y la razon que da es, que siendo esferica la cabeza del Femur va disminuyendo desde su cuello, hasta su extremidad, lo que hace que quando la synovia la ha apartado una linea del fondo de su cavidad, los Musculos tiren el hueso en alto la cantidad de una linea, y si entonces se mide el muslo, se le hallará mas corto en esta cantidad. No obstante el respeto que se debe à la Memoria del Sr. *Petit*, no dexa de decir el Sr. *Sabatier*, que esta explicacion está confusa. Es mas que probable, dice, que el humor que se junta en la cavidad articular, y que alexa poco à poco la cabeza del Femur, da lugar à el alargamiento del muslo, hasta que este hueso del todo desencaxado, y no siendo retenido ya por los bordes

ele-

elevados de la cavidad cotyloïde, obedece à la accion de los Musculos, y se coloca sobre la cara externa del hueso Ileo.

Los socorros del Arte en esta enfermedad tan peligrosa consisten unicamente en precaverla. Luego que una caida sobre el muslo es seguida de dolores vivos en la articulacion del Femur, hasta la cadera, que el enfermo no pueda mover esta parte sino con mucha dificultad, y que le sobreviene calentura y tumefaccion, es necesario disipar la inflamacion de las partes huesosas por una quietud exâcta, una dieta rigorosa, los tópicos emolientes y laxântes, y sobre todo por las copiosas sangrias hechas à tiempo y prontamente. El número dependerá de la violencia de los syntomas y fuerzas del enfermo. No obstante, aunque merece mucha atencion esta ultima consideracion, no se debe temer el debilitar al enfermo en estos casos, en donde no es tiempo de poder remediar el mal una vez venido. El Sr. *Sabatier* dice curó un enfermo con este método, al que hizo ocho sangrias en quarenta y ocho horas.

ARTICULO VEINTE Y DOS.

DE LOS ABSCESOS EN GENERAL.

DOS tiempos principales hay que considerar en un absceso, dice el Sr. *Sue* (a). El primero quando se forma el pus, y el segundo quando está ya formado. Conocese el primer tiempo quando en una parte que hay tumor,

(a) Práctica modern. de la Cirug. del Sr. *Ravaton* con notas del Sr. *Sue*, nota de la pag. 65. del tom. I.

mor, se aumentan éste, la tension, la calentura, el dolor agudo, el calor, la pulsacion, y sobrevienen frios. Conocese el segundo quando estos syntomas han cesado, ò disminuido, el cutis del tumor está liso, blanco, delgado, blando, termina en punta, y se siente distintamente debaxo del cutis con los dedos el pus.

La formacion de éste, y su perfecta maduracion presentan à el Cirujano dos indicaciones en todo diferentes. En el primer caso sucede, que algunas veces la naturaleza sola sin el auxîlio del Arte forma enteramente el pus; pero lo mas comun es, tener necesidad de ser ayudada, y en este caso se debe saber, qué clase de remedios se han de aplicar sobre el tumor. Quando la circulacion es muy lenta en la parte inflamada, como sucede regularmente en los temperamentos frios, y en los viejos se han de preferir las cataplasmas compuestas con las gomas resinosas, juntando muchas por medio de las yemas del huevo, ò de las cebollas asadas debaxo de la ceniza. La principal virtud de éstas es aumentar la circulacion en la parte, dando resorte à las fibras, oponiendose à el mismo tiempo à la putrefaccion quando entran en su composicion la levadura y el vinagre. Todas las cataplasmas que trahe el Sr. *Heister* para supurar los abscesos, se pueden usar en este caso.

Quando la supuracion se retarda por un exceso de calor y de tension en la parte inflamada, como se observa en los mozos de un temperamento vigoroso, es necesario en este caso guardarse de emplear las cataplasmas estimulantes, como las que acabo de decir, porque serian peligrosas, y en lugar de disminuir el obstáculo, le aumentarian. En este caso se deben emplear las que se hacen con las harinas de simiente de lino, avena, leche y manteca fresca, ò la cataplasma de la raíz de malvavisco, ojas de malva, yema de huevo y manteca, conoci-

da con el nombre de emoliente; y mas util aun, la conocida baxo el nombre de Anodina, hecha con leche, miga de pan, yemas de huevo, y azafrán pulverizado. Como en este caso el efecto del considerable calor de la parte es el disipar lo mas fluido de los humores, sin duda es ventajoso aplicar los remedios que comuniquen mucha humedad para reparar esta pérdida. Las cataplasmas dichas, constando de ella, humedecen el tumor, le ablandan, disminuyen el dolor y la tension, y además de esto maceran los tegumentos, y los disponen à romperse quando está el pus enteramente formado.

La distincion que acabo de hacer, por lo que corresponde à el uso de las cataplasmas para la formacion del pus en los abscesos, demuestra claramente, que no es indiferente el servirse para ciertos abscesos igualmente de una que de otra, y que su aplicacion metódica depende no solo de la naturaleza del absceso, sino tambien del temperamento de la edad, y de las fuerzas del enfermo. He dicho arriba que la naturaleza sola conducia muchas veces el absceso à su perfecta maduracion: aún hace mas, pues algunas veces tambien abre por sí el tumor. Es verdad que rara vez (especialmente en los abscesos algo profundos) es esta abertura suficiente para dar entera salida à el pus, principalmente quando, como comunmente sucede, la abertura no se ha hecho à la parte declive del tumor: en este caso el arte está obligado à socorrer à la naturaleza.

Muy dificultoso es el decidir quál es mas peligroso, hacer muy tarde la abertura de un absceso, ò practicarla pronto. Las observaciones que à este fin se leen en los libros de Cirugía, prueban, que quando se hace muy tarde, se encuentran las partes vecinas corroidas, y aun los mismos huesos ofendidos, de donde se siguen por lo comun fistulas, que cuesta mucho trabajo cicatrizarlas. La aber-

abertura executada con anticipacion, detiene, suspende y turba el trabajo y operaciones de la naturaleza, costandola mucha fatiga el volver à exercer sus Obras, y aun quando esto se consiga despues de mucho tiempo, se encuentra que no ha adelantado mas que los primeros dias. Estos peligros de la abertura del absceso, ò muy tarde ò muy presto, no son imaginarios; la práctica los confirma todos los dias.

La regla general para abrir los abscesos, es de preferir la incision à la aplicacion del caustico, porque aquella es mas pronta, el dolor menor, y la cicatríz que despues se forma, menos disforme; pero hay tumores de una cierta especie, que piden la aplicacion del caustico, con preferencia à el instrumento cortante. Tales son los frios, y dificiles de venir à supuracion; los quales, siendo corroidos y quemados, digamoslo asi, por los causticos capaces de formar escaras, están muy dispuestos à producir una buena y abundante supuracion, especialmente despues de caida la escara, porque abierto considerablemente el tumor, hay facilidad de usar de los remedios que puedan deshacer prontamente las restantes durezas. Tambien hay algunos que prefieren el uso de los causticos para la abertura de los tumores criticos, en que terminan algunas veces las fiebres malignas, porque dicen que con su aplicacion fixan el humor en la parte, depositado en ella por la naturaleza, y precaviendo con esto los peligros de la absorcion, se pone à el enfermo à cubierto de los malos efectos que pueden venir de esto.

No obstante, los mejores Prácticos prefieren en este caso la incision à la aplicacion del caustico, pues además de estár en su favor la experiencia, se fundan para obrar asi en aquel axîoma de Hypocrates, que dice, el dolor debe ser de la mas corta duracion que sea posible, lo que se consigue por la incision hecha con destreza y prontitud.

Todos los Prácticos encomiendan, y con gran razon, que las incisiones se hagan, siguiendo la direccion de las fibras musculares, porque de otro modo nos exponemos à privar una parte de su movimiento. En lo demás el verdadero medio (dice el Sr. *Petit* el hijo) de curar segura y prontamente todos los abscesos, es hacer grandes aberturas: por éstas se evaqua mas abundantemente la materia, se aplican mas intimamente los remedios, y se hacen las curaciones menos dolorosas; y el Sr. *Petit* el Padre, dice, que todos los abscesos que se abren de por sí, ò que nosotros abrimos imperfectamente, se hacen fistulosos, ò se curan con mucha dificultad.

En quanto à la curacion de los abscesos con cuerpos extraños, no se pueden dar preceptos positivos, porque varian infinitamente, aunque parezca que presentan todos al Cirujano la misma indicacion, que es hacer la abertura del tumor, y sacar el cuerpo extraño. Esta abertura exîge mas ò menos precauciones segun el sitio donde debe hacerse, y en muchas otras ocasiones será muy conveniente esperar, que la haga la naturaleza, por no exponer la vida del enfermo, lo que se prueba bastantemente entre otras por la observacion siguiente.

Un Frayle Capuchino loco, despues de haber padecido muchos dolores de vientre, que se tuvieron por cólicos, habiendo echado alguna vez los vómitos y excrementos tinturados de sangre, le sobrevino en la region epigastrica un tumor duro circunscrito y sin alteracion de color en el cutis; pero doloroso segun aseguraba el paciente. El Cirujano hizo poner sobre el tumor la cataplasma emoliente: con ésta en pocos dias se puso roja la punta del tumor, sintiendose en el centro alguna flutuacion: despues se hicieron dos pequeños agujeros, por los que salia, aunque con trabajo la materia imperfecta que contenia el tumor. Visto el enfermo por otro Cirujano, fue

fue de dictamen de no hacer una suficiente solucion que comprehendiese los dos agujeros, para que la materia saliese con mas libertad, y se pudiesen hacer facil y comodamente las curaciones. Convenidos en esto los dos, sin otra indicacion, à mi entender, hasta entonces que su timidéz, y no faltando algun otro que lo apoyase, se contentaron con el solo uso de la cataplasma, esperando que la naturaleza, auxîliada con ésta, dilatase las aberturas, y fundiese las durezas que restaban en la circunferencia del tumor; pero notando, pasados algunos dias, el Cirujano al mudar la cataplasma en una de las aberturas un punto negro, le tocó con el dedo, y percibió, que esta mancha negra era un cuerpo sólido, que resistia al empuje del dedo: cogiólo con las pinzas, y tirando con suavidad, extrajo con poco trabajo el cuerpo duro, que era un palo de una rama de escoba de palma, de tres ò quatro pulgadas de largo, de dos à tres lineas de ancho, y de una y media de grueso. Sin duda se le habia tragado en una de las temporadas de su locura, y caido en el estomago con sus puntas que eran desiguales, hiriendo las membranas de éste, habian causado los dolores que se tuvieron por cólicos; y por consiguiente la sangre que salió, tanto por cámara, como por vómito, venia de esta solucion.

Si en este caso se hubiesen dilatado las aberturas del absceso, destruyendo con la incision la adherencia, que por medio de la inflamacion habia contrahido el estomago con las partes continentes, el enfermo hubiera perecido, ò à lo menos quando no se destruyese esta adherencia, quedaría una abertura fistulosa en el estomago, por la que saldrian los alimentos, y con solo el uso de las cataplasmas el enfermo se curó. Aqui todo lo hizo la naturaleza, y solo à ella se debe esta curacion.

AR-

ARTICULO VEINTE Y TRES.

DE LOS ABSCESOS DEL HIGADO, y de la retencion de la Bilis en su Vexiga.

EL Sr. *Heister* solo ha tratado de los abscesos en general (a) sin consideracion à las diferentes partes en que se pueden formar. No trata de los que se forman en las visceras, y que son de la jurisdiccion de la Cirugía. Tales son los de la parte convexâ del higado, quando han adquirido adherencia con las partes continentes del vientre. El Sr. *Moran* (b) dice, que estos abscesos son la resulta de una inflamacion repentina de esta viscera, anunciada por cólicas hepaticas, un dolor fixo, mas ò menos vivo, en un punto determinado del higado, y por los syntomas ordinarios de las inflamaciones internas, ò el efecto de alguna antigua obstruccion en los colatorios de la bilis, ò algun vicio de este humor. Tambien sobrevienen abscesos en el higado de resulta de una herida de cabeza (c). Se

(a) Instit. Chirurg. part. 1. lib. 4. cap. I. tom. 1. pag. 258.

(b) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París. 2. volum. en 4.

(c) Los Sres. *Bertrandi*, *David* y *Pouteau* han dado cada uno una teorica diferente de los abscesos del higado de resulta de las heridas de cabeza. Lo que merece mucha atencion es, que todos tres dan la sangria del pie como capáz de producir este genero de abscesos. Este temor es justificado con pruebas de hecho, dadas por el Sr. *Bertrandi*, y confirmadas por el Sr. *Andouille* con cinco observaciones, que se hallan puestas en el 3. volum. en 4. de las Memorias de la Real Academ. de Cirug. de París. El Sr. *Molinelli* dice, que la viscosidad de las partes purulentas, que pasan de la herida, en la sangre, junto con el texido particular de cada entraña, cree es lo que determina la detencion y el depósito sobre tal ò tal viscera de preferencia à las otras, y esta razon tiene lugar sobre todo en el higado, â causa de su textura, y de la lentitud con que se hace en él la circulacion. Commentar. Acad. Scientiar. Bononiens. in 4. tom. 2. part. 1. pag. 159 y 160.

Se distinguen los abscesos del higado en que unos se forman por fluxîon, y otros por congestion. Los primeros regularmente están como esparcidos en esta viscera; pero en los segundos la materia por lo comun está junta en una sola cavidad. Los signos diagnosticos de estos abscesos son ordinariamente un pequeño dolor en la region del higado, y una obscura flutuacion. Se hallan en esta parte otros tumores, que no son abscesos; pero se encubren de tal modo con las señales de estos, que engañan con mucha facilidad à los que no están versados en la práctica de la Cirugía: estos son los que se forman por la bilis detenida en su mismo receptáculo.

Es necesario saber que el absceso en el higado, y la retencion de la bilis en la vexiga, son por lo comun lo uno y lo otro un efecto ò terminacion de la inflamacion de estas partes, por lo que no es extraño que los preliminares de estas dos enfermedades sean los mismos. En el uno y en el otro caso comienzan por la tension dolorosa del vientre, particularmente de la region del higado, despues la bilis, deteniendose en sus colatorios, ò pasando muy poco en los intestinos, se mezcla con los otros liquidos, de lo que proviene amargura en la boca, sed ardiente y astío, las orinas se tinturan de bilis, y algunas veces están tan cargadas, que aparecen casi negras, y por el contrario los excrementos estercoraceos, por estár privados de la bilis, son blanquecinos. La bilis se esparce por todo el cuerpo, y hasta lo blanco de los ojos está amarillo. Los enfermos se hallan fatigados por una picazón universal, el sueño es interrumpido, sobreviene calentura, hypo, vómitos, y muchos otros syntomas que se hallan juntos en el primer tiempo de la inflamacion del higado, porque ataca ésta los colatorios de la bilis.

Si estos syntomas subsisten, y se aumentan hasta el tiempo que llamamos el estado, entonces segun como

se

se haya terminado la inflamacion, la enfermedad tomará diferente forma. Si se termina por supuracion, quando ya está hecha ésta, el dolor y la calentura se habrán disminuido, el enfermo sentirá frios irregulares, se elevará y manifestará un tumor en el hypocondrio derecho, (quando los abscesos se forma en la parte convexâ de esta viscera, que es quando son susceptibles de una casi cierta curacion por los auxîlios de la Cirugía) se pone blanco, y se siente la flutuacion al tocarle.

Todas estas cosas indican el absceso formado, y la necesidad de hacer la abertura: no obstante, antes de determinarse à esto, se debe exâminar cada syntoma, y recordarse de todo lo que ha pasado en el curso de la enfermedad, pues aun con todas estas apariencias de absceso nos podemos engañar, porque algunas veces todas estas señales se hallan en apariencia las mismas, aunque no se forme absceso, y la inflamacion del higado se haya terminado por resolucion.

Para comprehender la posibilidad de este hecho es necesario saber, que la bilis, que en todo el tiempo de lo grave de la inflamacion no se ha filtrado en las glandulas del higado, comienza à separarse luego que la resolucion ha desembarazado suficientemente estas glandulas; pero si la resolucion no ha sido suficiente para desobstruir el canál colidoco, la bilis que entrará en la vexiga, no se podrá verter, y por consiguiente se juntará tanta, que llenandola, la empujará ácia fuera; y se percibirá en el hypocondrio derecho un tumor con flutuacion manifiesta, lo que junto à los frios irregulares, disminucion de la calentura y dolor, nos dará unas señales semejantes à las del absceso.

La equivocacion en que nos podemos hallar en este caso, nos expone à romper la vexiga, creyendo abrir un absceso, ò à dejar perecer un enfermo de un absceso por

el

el temor de abrir la vexiga de la hiel. No obstante, si esta uniformidad de syntomas es capáz de engañarnos, una comparacion exâcta y reflexîonada puede hacer observar algunas diferencias, à la verdad dificiles; pero suficientes para formar un justo discernimiento.

En efecto, la disminucion del dolor y de la calentura, dice el Sr. *Petit* (d), es igualmente señal de la resolucion principiada, y de la supuracion formada; pero es necesario observar lo primero, que el dolor que ha debido ser igual en las dos enfermedades, quando la una y la otra eran una inflamacion en su estado, y aun dispuesta tanto à la resolucion, como à la supuracion, se ha aumentado mientras que se formaba el absceso; y al contrario, ha disminuido en tanto que se hacía la resolucion, y que la bilis se detenia en su receptáculo. Segundo: El dolor que acompaña la supuracion, ordinariamente es pulsativo, y esta clase de dolor no acompañan à los tumores de la vexiga de la hiel, pues estos por lo comun no se forman sino quando la inflamacion del higado termina por resolucion. Tercero: El dolor disminuye mucho mas pronto, quando la inflamacion se termina por resolucion, que quando termina por supuracion. Quarto: La disminucion del dolor, en consequencia de la resolucion, dexa al enfermo aliviado, y en estado de esperanza; pero la disminucion del dolor, despues de hecha la supuracion, queda el enfermo en un abatimiento, que siempre hace temer de él.

Los frios irregulares que vienen en el uno y en el otro caso difieren tambien. Primero: En que los que acompañan la formacion del absceso, son mas largos que los producidos por la retencion de la bilis. Segundo: En los pri-

(d) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 1. vol. en 4. en sus Obras posthumas, tom. 1. cap. VI. §. VIII. pag. 247.

primeros el pulso es pequeño, y se pone mas elevado quando cesa el frio. Tercero: El frio de supuracion es seguido de calor con alguna humedad, y el causado por la retencion de la bilis pone la cutis seca; y asi no se debe mirar à éste como un verdadero frio, sino como una irritacion pasagera que la bilis esparcida causa en las membranas y otras partes nerviosas.

Quando el absceso del higado se forma à la parte convexâ de esta viscera, ò quando la bilis es detenida en su vexiga, los tegumentos son empujados ácia fuera, y se percibe un tumor en el hypocondrio derecho; pero el tumor causado por el absceso difiere del otro. Primero: En que el absceso no es circunscrito, y se halla casi confundido con los tegumentos, que ordinariamente están edematosos; y el tumor formado por la dilatacion de la vexiga de la hiel, está exâctamente distinto, y sin confusion, y rara vez acompañado de edema. Segundo: El tumor formado por la detencion de la bilis en su vexiga, se halla constantemente situado debaxo de las costillas falsas, y del Musculo recto; y el tumor formado por un absceso en el higado, puede ocupar indiferentemente todos los puntos de la region epigrastica.

En fin, la fluctuacion ò undulacion del fluido encerrado en estos tumores, se manifiesta indiferentemente. Primero: La fluctuacion en consequencia de la bilis detenida en su vexiga, aparece casi repentinamente, y la del absceso tarda mucho tiempo en descubrirse. Segundo: Esta se sospecha mucho antes de hallarla, y la otra se demuestra comunmente antes que se haya sospechado. Tercero: La fluctuacion del tumor bilioso, desde el primer momento, no es equivoca; en lugar que la del absceso, sobre todo en su principio, es tal, que el número de personas que toquen y exâminen el absceso, está dividido en los dictamenes, y aun se halla quien dude si hay

hay fluctuacion. Quarto: La fluctuacion del absceso no se manifiesta en el principio, sino en el centro del tumor, y cada dia à proporcion que la supuracion aumenta, la fluctuacion se estiende en la circunferencia; y la fluctuacion de la vexiga de la hiel, desde el primer dia es aparente è igual en toda la circunferencia del tumor, porque la bilis encerrada en su vexiga, es fluida desde el primer instante de su detencion; y la materia del absceso no adquiere su fluidéz sino à proporcion que se va convirtiendo en pus. Quinto: A qualquiera grado que haya llegado la supuracion del absceso del higado, se halla siempre una cierta dureza en la circunferencia; al contrario en el tumor formado por la vexiga de la hiel quando ha cesado la inflamacion, ordinariamente no hay hinchazón, ni dureza alguna en su circunferencia.

Aunque la materia de los abscesos del higado esté en la sustancia de esta viscera, corresponde algunas veces tan perfectamente à el tumor exterior, que está sujeta à la accion de los madurativos aplicados sobre él: no nos debemos descuidar en la aplicacion de los tópicos, capaces de acelerar la formacion del pus, quando éste se hace lentamente. Muchas veces se ha visto en estos casos ponerse la cutis rubicunda, y aun romperse, sino se ha hecho en tiempo la abertura del tumor.

Para que estos abscesos sean curables, es necesario que la naturaleza haya formado adherencias favorables, por medio de las quales se los pueda dar salida, y ser evaquados sin extravasarse en el vientre, por una abertura hecha sobre el tumor; y asi de ningun modo se debe dexar à la naturaleza el cuidado de procurarse esta abertura, pues además de que sería muy pequeña, la haría tarde. El Sr. *Petit* el hijo (e), aconseja practicar grandes

(e) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de Paris, 2. vol. en 4.

des incisiones para abrir estos abscesos, pero que sean dirigidas por los conocimientos Anatómicos, y respeten las adherencias, pues de destruirlas, se ocasionaría una extravasacion mortal: si una de las reglas de la buena Cirugía es, poner bien descubierto el fondo y senos de los abscesos de las partes exteriores, ¿con quánta mas razon se debe observar esto en los de las partes internas, donde las extravasaciones causadas por la destruccion de la adherencia, son tan posibles y temibles?

Abrense estos abscesos por una incision perpendicular à el cuerpo, bastante dilatada ácia abaxo, hecha con un bisturí; y como ésta no sea bastante para permitir la salida del pus, ni para poner comodamente los medicamentos en el fondo del absceso, es necesario hacer otra transversalmente, por medio de la qual se da una libre salida à el pus, y se pone à descubierto el fondo del absceso, tratandole despues segun las reglas del Arte. Si la experiencia nos ha demostrado quán perjudicial es el uso de los digestivos en todos los abscesos pasados los primeros dias; ¿con quánta mas razon se deben temer en los del higado? Pero como son necesarios, se deben usar en los primeros dias con cuidado, y no valerse de los comunes, por ser esta viscera de un texido muy blando è inclinada à la corrupcion, por lo que han de ser antipu-tridos; esto es, mas fortificantes que laxântes, mas resinosos que grasosos, y mas espirituosos que flematicos.

El Sr. *Moran* (f), y el Sr. *Grillon*, Autor de una Memoria sobre las injecciones, premiada por la Real Academia de Cirugía de París en 1755 (g), quieren seamos muy circunspectos en su uso en esta viscera; no obstan-te

(f) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 2. volum. en 4.
(g) Colec. de Prem. de la R. Acad. de Cirug. de París, 3. vol. en 4

te, dice el Sr. *Louis* (h), que el buen exîto con que el Sr. *de la Peyronie* ha hecho freqüentes injecciones en el cerebro y en el pulmón, visceras no menos delicadas que el higado, nos debe animar à no despreciarlas del todo. El mismo Sr. *Moran* ha experimentado buenos efectos con ellas en una supuracion interior del cerebro (i).

Pasados algunos dias, asi que el fondo de la ulcera esté casi lleno, se deben suprimir todos los ungüentos, y poner solamente la hila seca, observando comprimir un poco el centro de la ulcera para tenerle como hundido, à fin de poder formar una cicatríz profunda; esto es necesario para precaver la hernia, que suele seguirse à la cicatríz.

Los tumores de la vexiga de la hiel, causados por la retencion de la bilis, están muchas veces sujetos à la operacion chirurgica. Las causas de la detencion de la bilis en la vexiga son las mismas que las de que procede la retencion de la orina en su vexiga; pero las mas comunes son las piedras biliares, formadas en la vexiga de la hiel. La buena Cirugía rompe estos tumores por la puncion, ò por la incision; pero no se debe emprender ni lo uno, ni lo otro sin estár antes asegurados de la adherencia de la vexiga con el peritonéo. Se conoce ésta, dice el Sr. *Petit* (j): Primero: Si haciendo echar al enfermo del lado izquierdo, las piernas y muslos doblados, y aproxîmados à el vientre, apoyando los dedos sobre el tumor, y empujandole suavemente ácia uno y otro lado, no se puede apartar del punto en donde forma la eminencia. Segundo: Si en lo exterior del tumor se observa alguna ligera inflamacion ò hinchazón edematosa, ò

(h) Diccion. de Cirug. Artic. Injection. tom. 1. pag. 530.
(i) Opusc. de Cirug. por el Sr. *Moran*, part. 1. en 4. pag. 161 y 168.
(j) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 1. vol. en 4. en sus Obras posthumas, tom. 1. cap. 6. §. IX. pag. 269.

ò si la ha habido en algun insulto precedente. En este caso y viendo el peligro del enfermo, se punzará la vexiga con el Troyçar para extraher el humor contenido; pero si hubiese piedras, lo que se conocerá por medio de la sonda sulcada, dirigida por la canula, se dilatará la puncion, introduciendo un bisturí por la renura de la sonda; comprehendiendo en la dilatacion los tegumentos y la vexiga que está adherente à ellos; despues se sacarán las piedras con los dedos, ò con instrumentos correspondientes. La curacion de estas aberturas deben ser muy simples, à fin que la bilis y el pus puedan salir con libertad; para lo qual bastará una planchuela seca, aplicada sobre los labios de la herida, y las injecciones apropiadas à la qualidad del pus: estas ulceras regularmente quedan fistulosas.

ARTICULO VEINTE Y QUATRO.

DE LA ANEURISMA FALSA consecutiva.

EL Sr. *Foubert* (a) reconoce otra especie de aneurisma falsa à mas de aquella de que los Autores de Cirugía hacen mencion. La da el nombre de consecutiva, porque se forma regularmente algunos dias despues de la sangria del brazo por haber sido al hacerla rota la arteria. Esta segunda clase de aneurisma falsa presenta todas las señales de la verdadera ò por dilatacion, aunque es formada por la salida de la sangre fuera de la arteria. Conocerá el Cirujano haber roto ésta en el color de la sangre, y en la impetuosidad con que sale. En este caso se

(a) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 2. vol. en 4.

se dexará salir una cantidad suficiente de sangre para hacer una larga y copiosa sangría, y despues se detiene con el vendage que nos dice el Sr. *Heister* en el capitulo de las lesiones de las arterias en las sangrías. Si estos medios se han omitido, ò no se han continuado por bastante tiempo, sobreviene un tumor aneurismal, porque la impulsion de la sangre echa fuera el grumo que cerraba la abertura de la arteria.

En el principio se forma un pequeño tumor que aumenta poco à poco, y que adquiere mas ò menos volumen segun la antiguedad de su formacion, y la cantidad de sangre extravasada. Este tumor es redondo, circunscrito, no muda de color el cutis, es susceptible, de casi una total disminucion quando se le comprime; y en fin, tiene todas las señales de la aneurisma verdadera: el modo como sucede esto, es el siguiente. Quando se ha detenido la sangre de una arteria, y se ha reunido la herida, sobre la qual se ha hecho una suficiente compresion. El cutis, el texido celular, la aponevrosis del Musculo viceps y la capsula de la arteria se cicatrizan perfectamente; pero no se reune la incision de la arteria. Las fibras que entran en su estructura se contrahen de diversos modos por su virtud elastica, y dexan una abertura casi redonda, la que no pudiendo acercar sus labios, se cierra por un grumo de sangre que se forma en ella. Si se continua la compresion, el tiempo suficiente para procurar una enduracion perfecta del coagulo, el enfermo se cura radicalmente; pero si se le permite el exercicio del brazo antes que el grumo haya adquirido bastante solidéz para aumentar la adherencia de la capsula y de la aponevrosis, se saldrá del agujero de la arteria: la sangre entonces se introduce en la abertura de ésta, y con sus reiteradas pulsaciones despega las partes de la circunferencia de la abertura: esta desunion es la que favoreciendo la extravasacion

cion de la sangre; levanta la aponevrosis, y produce el tumor aneurismal; que desaparece quando se comprime, porque la sangre fluida vuelve à entrar en la arteria. Este tumor, haciendose mayor y mas antiguo, forma unas láminas ò costras sanguineas, que se endurecen considerablemente, razon porque el Sr. *Foubert* la nombra tambien aneurisma enkistada ò capsular.

Esta teórica está fundada en un gran número de hechos por las operaciones de aneurisma de esta clase, que este célebre Cirujano ha tenido ocasion de practicar, y por las observaciones que ha hecho, disecando los brazos de personas muertas, que habian sido curadas de semejantes accidentes por medio de la compresion. En estas disecciones, abriendo la arteria en la parte opuesta de su rotura, ha hallado un agujero redondo exâctamente tapado por un grumo de sangre muy duro, y disecando con atencion la cara externa de la arteria, ha encontrado en la parte que corresponde al agujero, un ganglio formado por el coagulo; de suerte, que la arteria, la capsula y la aponevrosis estaban todas unidas por una cicatríz comun. En las operaciones que ha hecho, encontró una bolsa mas ò menos sólida, segun la antigüedad de la enfermedad: ésta le ha parecido estaba formada por muchas láminas sanguineas, siendo de mas consistencia las exteriores que las interiores, y despues de haber evaquado todo lo que halló de fluido en ellas, ha visto que el canál arterial estaba desnudo en toda la extension del tumor, y que en el medio se hallaba un agujero redondo por donde habia salido la sangre, lo que verificaba, afloxando el torniquete para dexar salir la sangre.

Habrá trece à catorce años, dice el Sr. *Louis* (b), que el

(b) Diccionario de Cirug. Artic. Aneurism. tom. 1. pag. 67.

el Sr. *Foubert* comunicó à la Academia Real de Cirugía, los hechos que son el fundamento de la doctrina que acabo de exponer. Las nuevas observaciones confirmativas de las primeras, le han sugerido un método curativo de esta enfermedad, que es relativo à sus diferentes tiempos. Quando el tumor es reciente y pequeño, la cura por medio de la compresion; pero si el tumor es antiguo, es absolutamente necesaria la operacion para curarla. En este caso no es tan urgente la operacion como en la aneurisma falsa por inundacion: se puede sin peligro esperar, que la aneurisma enkistada haya adquirido un cierto volumen para que la operacion sea mas facil.

Antes de determinarse à ella es preciso asegurarse de su éxîto, comprimiendo lo bastante el tumor para interceptar el curso de la sangre en la arteria: si la exâcta compresion quita al antebrazo la sangre necesaria para su nutricion, se debe estár persuadido à que el tronco de la arteria es el que ha sido abierto, y que no hay ramos colaterales capaces de distribuir los liquidos nutritivos al antebrazo y à la mano. En este caso el Sr. *Foubert* no hacía la operacion, contentandose con un vendage contentivo; pero al contrario, si el antebrazo toma nutricion, y subsiste el principio vital, no obstante la compresion del tumor, se debe hacer la operacion, pues se tiene toda la certidumbre del buen éxîto, y se hace del modo siguiente.

Sentado el enfermo en una silla de una altura conveniente, y sostenido el brazo por dos ayudantes, el Cirujano pone el torniquete en el parage acostumbrado, abre los tegumentos segun el uso ordinario, y despues de haber descubierto el tumor, le dilata en toda su extension, penetrando hasta la sangre fluida, como si fuese un absceso: quita esta sangre, y las láminas ò costras sanguineas, que forman el Kyste; y habiendo descubier-

to la arteria, y visto su abertura, pasa una aguja corba aguda y cortante de abaxo à arriba; esto es, que la aguja penetre baxo de la arteria por el lado de este vaso, que mira à el condilo interno del humero, è inmediatamente debaxo de ella; de suerte, que su punta abrace despues una buena porcion de Kyste, y de las partes que le circundan, para hacer por este medio mas sólida la ligadura.

Por este método ha observado el Sr. *Foubert*, se evita seguramente el comprehender en ella el nervio, que sin duda se ligaría si se hiciese de otro modo. Por lo comun una sola ligadura, puesta superiormente à algunas lineas del agujero de la arteria ha sido suficiente. No obstante, aconseja se haga otra por debaxo (c). El Sr. *Molinelli* dice se vió alguna vez precisado, despues de haber hecho dos ligaduras en la arteria, à practicar otras en las boquillas de las arterias colaterales, que salian de la porcion de arteria comprehendida entre las dos primeras (d).

Atadas las ligaduras segun costumbre, se llena la herida de hilas secas, se cubre con sus compresas, y un venda-

(c) El Sr. *Monro* en el tom. 4. de los ensayos y observaciones Medicas de la Sociedad de Edimburgo nos aconseja para hacer esta operacion en menos tiempo, y con mas seguridad; que despues de hecha la incision longitudinal, y quitado el Polypo y sangre, que forma el tumor, se doble un poco el brazo del enfermo, y el Operador coja con los dedos indice y pulgar de la mano izquierda la arteria brachial; y metiendo bien debaxo de ella las puntas de los dedos, pase la aguja por debaxo sobre sus uñas una ò dos veces si fuese necesario. Por este método se tiene un seguro medio para no herir la arteria, y evitar comprehender el nervio en la ligadura. La Histor. de la Acad. de Bolonia, tom. 2. part. 1. pag. 178 y siguientes, cuenta algunas observaciones del Sr. *Molinelli*, en las que este gran Práctico comprehendió el nervio en la ligadura, y no sobrevinieron accidentes, lo que hace ver no vienen estos de la ligadura del nervio, y sí de picarle à el tiempo de hacer la ligadura. Esta es la opinion de los mejores Prácticos.

(d) *Petri Pauli Molinelli* de Aneurismate elœsa brachii in mittendo sanguinem in arteria.

dage contentivo, observando no apretarle mucho, porque no sirva de obstáculo à la distribucion de los liquidos, y al mismo tiempo se cuidará de lo que pasa en el ante-brazo, el que estará cubierto de compresas, y se fomentará con aguardiente caliente. Las curaciones consisten en renovar las compresas y el vendage, pasadas quarenta y ocho horas de la operacion. Se espera la caida de las hilas y de las ligaduras, que comunmente se desprenden juntas à los diez ò doce dias de la operacion, y en todo este tiempo la materia corre facilmente por los lados de las hilas. Despues de caidas las ligaduras, se llena la herida con un lechino blando en seco, ò cubierto de la colofonia en polvos, y con este método se concluye la cura en poco tiempo.

No obstante, no siempre es necesario en esta operacion enlazar la arteria. No faltan observaciones de enfermos curados por sola la compresion hecha sobre la abertura de la arteria despues de bien descubierta, y muchas mas despues del descubrimiento del agarico (e). Verdaderamente, éste es un tópico capáz de detener la sangre en la operacion de la aneurisma, sostenido por una moderada compresion, que todos podrán hacer, sin necesitar de unas superiores luces para esto, haciendose por este medio la operacion menos dolorosa y complicada, y mas cierto su buen éxîto, como se verá por la observacion siguiente.

(e) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 2. vol. en 4. pagin. 224. Los Sres. *de la Faye*, *Hoin* y *Moreau*, se han servido del Agarico con utilidad en la operacion de la Aneurisma en el brazo, sin haber ligado la arteria. Vease la Historia de dicha Real Academia en el 3. vol. en 4. de los de sus Memorias, pag. 1. El Sr. *Rolan*, Cirujano mayor del Exercito, y Director del Real Colegio de Cirugía de Barcelona, logró el mismo buen suceso en Madrid en una aneurisma espuria por picadura de la arteria. Vease la Flora española del Sr. *Quer*, tom. 2. pag. 192.

Faustino Urbán, hijo de un Guarda del Real Bosque del Pardo, de edad de doce á trece años, robusto y de buena constitucion, al sangrarle del brazo derecho, le picaron la arteria, el Cirujano no lo conoció, aunque al coger la sangre, no pudo detenerla con la venda ordinaria, viendose precisado para conseguirlo à poner sobre ésta otras, y mas apretadas de lo regular. Pero como el vendage no estaba hecho con arte, y demasiado apretado, el antebrazo y mano se hincharon luego. Pasados dos dias, viendo el Cirujano el antebrazo en este estado, quitó todo el vendage, y dispuso un fomento con ungüento rosado y vino blanco. Como esta tumefaccion dependiese de la fuerte compresion del vendage, cedió luego, y quedando bien cicatrizada la cisura de la sangria, no se hizo caso del brazo. A los dos ò tres dias despues vió el enfermo tenia en la sangría un tumor del tamaño de una avellana, dixoselo al Cirujano, y éste le aplicó un parche del emplasto del xabón: el tumor creció hasta la magnitud de una nuez grande, y viendo que este emplasto no habia producido efecto alguno, le aplicó el emplasto de ranas con mercurio. Experimentando, que no obstante lo aplicado, el tumor aumentaba, consultó con otro Cirujano, éste registró el tumor, è informado de todo, conoció era una aneurisma, le dixo las malas conseqüencias que se podian esperar, y le dispuso el emplasto de ciprés. Aflixido de esto, vino à Madrid à buscar socorro. Reconocí el brazo, y habiendome informado bien de lo que habia pasado en la sangria, y en todo el subsiguiente tiempo, conocí era una aneurisma falsa consecutiva. Por entonces me contenté con ponerle unas compresas mojadas en agua y vinagre, sostenidas por un vendage contentivo, aconsejandole se hiciese ver de otros Cirujanos, lo que executó en el dia, y todos confirmaron era aneurisma, con lo que se resolvió à que le

cu-

curase. Yo habia leido la Memoria del Sr. *Foubert* sobre esta especie de aneurisma, y no obstante ser el tumor del tamaño de un pequeño huevo de gallina, y que en comprimiendole no desaparecia del todo por estár ya coagulada algo de la sangre extravasada, me resolví à intentar primero su curacion por medio de la compresion: para esto le hice un vendage competente, que apliqué despues de haber puesto sobre el tumor unas gruesas compresas mojadas en aguardiente alcanforado, y amoniacado, como aconseja el Sr. *Foubert*, con el fin de disolver la sangre agrumada que habia en el tumor aneurismal, con lo que se mojaba dos ò tres veces à el dia, y enmedio de las compresas una lámina de plomo para hacer mejor y mas igual la compresion sobre la aneurisma.

La continuada compresion sobre el tumor hizo que la cisura de la sangría se exulcerase con alguna rubicundéz en la circunferencia; por lo qual, y por ver no se habia podido disolver la sangre coagulada del tumor aneurismal, me contenté con poner sobre la ulceracion un parche de ungüento de Minio, y encima unas compresas mojadas en agua Vegetomineral, y su vendage contentivo. No obstante que todos los dias se limpiaba la ulcera, y que procuraba su desecacion en quanto era posible, aumentaba en todas sus dimensiones, y viendo la necesidad de la operacion se lo advertí para practicarla, si se resolvia à ella.

Pasados dos dias vino el enfermo à mi casa, para que yo con algun otro Cirujano de satisfaccion, hiciesemos la operacion; pero estando informandole de la operacion y de las resultas que de ella se podian esperar, tanto favorables, como adversas, dió un grito, y dixo, ay que se me ha roto el tumor: comprimíle con mi mano fuertemente por encima del vendage, en tanto que un Practicante puso en el brazo el torniquete del Sr. *Petit*, corregido y perfec-

feccionado por el Sr. *Rodriguez*, con el que suspendí la sangre, y sin pérdida de tiempo se puso el enfermo en cama; y previne las cosas mas necesarias à la operacion, la que hice del modo siguiente.

Sentado el enfermo en una silla hice sostener el brazo algo doblado por dos Cirujanos, quité el vendage, y descubrí el tumor aneurismal: por la abertura de éste introduxe una sonda sulcada, y por medio de ésta, metí la punta de un bisturí recto, con el que dilaté ácia abaxo la abertura del tumor, comprehendiendo en ella los tegumentos comunes, la aponevrosis del biceps, capsula de la arteria, y las láminas ò costras sanguineas, formadas en el tumor: saqué la sonda y el bisturí, metí el dedo indice de la mano izquierda por la solucion, y guiando sobre él el bisturí, dilaté la parte superior del tumor, saqué la sangre coagulada con el mismo dedo, limpié bien la bolsa aneurismal, y descubrí la arteria que estaba bastante desnuda; y para ver bien su rotura, hice afloxar un poco el torniquete: ésta era de linea y media à dos de larga, y la mitad de ancha: reconocida, se volvió à apretar el torniquete, limpié de nuevo la herida, y bien enjugada la rotura de la arteria, puse sobre ella un pedazo de agarico mayor que la solucion, presentando ácia ésta el lado opuesto à la corteza: encima de éste puse otro mayor, despues llené la cavidad de lechinos, igualandolo con planchuelas y compresas, sostenido todo con un vendage contentivo, apretado algo mas de lo ordinario.

En el brazo sobre el trámite de la arteria puse una compresa de un dedo de gruesa, y de dos ò tres de ancha, sostenida por otra de quatro cabos, y su vendage circular para disminuir el calibre de la arteria, y por consiguiente minorar la impulsacion de la sangre sobre la rotura. En el antebrazo y mano puse sus compresas correspon-

pondientes, sostenidas tambien con un vendage contentivo: se colocó el enfermo en la cama, y el brazo en buena situacion, afloxé poco à poco el torniquete para dar paso à la sangre necesaria à la nutricion de esta parte; y no obstante la pérdida de sangre que tuvo el enfermo antes de la operacion, le hice sangrar y fomentar con aguardiente tibio la mano y antebrazo, sin que la humedad llegase al aparato de la aneurisma, cuidando siempre de lo que pasaba en el antebrazo y mano. Estos se pusieron algo entumecidos, pero con bastante calor; aunque el pulso no se percibió hasta pasadas mas de vein horas de la operacion: adieté al enfermo, encargando continuasen con las fomentaciones cada seis horas, y todo estuvo en buen orden con este régimen: al dia siguiente le hice sangrar segunda vez.

A el tercero de la operacion, comprimiendo antes el torniquete (haciendo esto siempre que se curaba el enfermo) levanté el vendage, y con él una de las compresas, y viendo estaba todo lo demás del aparato pegado, volví à poner nueva compresa, y el vendage correspondiente, aunque algo menos apretado. Se volvió à sangrar el enfermo, y el antebrazo y mano empezaron à desentumecerse desde esta curacion. A otro dia, que fue el quarto de la operacion el enfermo se quexó de un dolor en el brazo, registréle, y encontré la parte superior è interna erisipelada, tenia algo mas de sed que hasta entonces, y el pulso mas acelerado: en el brazo se le pusieron compresas mojadas en cocimiento de flor de sauco, se le sangró quarta vez, y la bebida que hasta entonces habia sido de sola agua, hice fuese de limon, interpolada cada quatro horas con caldos.

El dia quinto levanté el vendage, y al quitar una compresa, salieron todas, y con ellas pegadas las planchuelas empapadas de la humedad que se habia rezuma-

do

do por la circunferencia de los lechinos : esta humedad era purulenta con algun fetor, la limpié lo mejor que pude sin desprender los lechinos, puse sobre estos nuevas planchuelas, compresas y vendage, todo en seco, y se continuó el defensivo en el brazo, y como el pulso estaba bastante acelerado, y la erisipela sin ceder hice à el enfermo quinta sangría. El dia seis se quexó de un dolor de vientre, le suspendí el agua de limón, permitiendosela una vez à el dia; con esto y una lavativa de cocimiento de malvas, se le movió el vientre, y se quitó el dolor.

A el dia siete volví à levantar el aparato : este dia se desprendieron algunos lechinos, y la ulcera tenia mas humedad, aunque de la misma naturaleza : la limpié, y puse sobre los lechinos que quedaron pegados otros secos, encima una planchuela cubierta de bálsamo Arceo con sus compresas y vendage como siempre. Como la causa de la erisipela fuese, segun mi juicio, la materia detenida en la ulcera que irritaba la aponevrosis del biceps, no cedió, y se hizo una ligera supuracion sobre el cuerpo de este Musculo, la que fue necesario abrir el dia nueve de la operacion : en este mismo al quitar la planchuela que cubria la ulcera, salieron con ella todos los lechinos, quedando pegado solamente el agarico : la humedad tenia buena consistencia, era bastante blanca, y de mejor olor; y por consiguiente, la ulcera tenia buen semblante; y el enfermo estaba tranquilo, con pulso blando, y ganas de comer : curéle con pocos lechinos, y estos secos, encima la planchuela guarnecida como en la curacion antecedente, sus compresas y vendage. Los dias diez y once no se tocó à este aparato, curandole solo la pequeña abertura del absceso, la que en pocos dias se cicatrizó con solo el uso de las hilas secas.

El doce descubrí la ulcera, y se desprendió el agarico,

co, la que se presentó con buenas materias, y la arteria limpia y casi cubierta: puse sobre ella un lechino, igualé la ulcera con planchuelas todo seco, y encima sus compresas y vendage. Con este mismo método curé cada dos dias al enfermo, y à los treinta estaba perfectamente bueno. Todo el tiempo de la curacion tuvo puesto el torniquete, y para quitarle le puse un vendage contentivo, con su pelota en la flexûra del brazo, el que traxo puesto por algun tiempo, viviendo despues en sus diarios exercicios, sin haber tenido novedad, ni imperfeccion en el brazo.

¿Pero cómo obra el agerico? ¿Es él solo à quien se ha de atribuir el buen efecto, ò à la compresion que se emplea para sostenerle? Todos saben, y el Sr. *Petit* hace muchos años lo ha demostrado à la Real Academia de las Ciencias de París (f), que la hemorragia se detiene por un coagulo de sangre, que se forma en la extremidad del vaso del todo cortado, el qual se une è identifica con sus mismas paredes: lo mismo, dice este Autor, sucede en el caso de la sola rotura de la arteria (como en el presente) aunque por diferente mecánica. En la arteria del todo cortada, como en las amputaciones de los miembros, la compresion lateral que se practíca sobre la extremidad del miembro, hace se aplanen las paredes de la arteria, hasta tocarse las superficies internas de ella: de este aplanamiento se sigue, que la sangre detenida en la extremidad del vaso se coagule, y que este coagulo sea de muchas lineas de largo, y de la misma figura que se ha hecho tomar à la arteria por la compresion, la que ha servido de molde en su formacion (g). En la arteria

T so-

(f) Mem. de los años de 1735 y de 1736 en su obras posthum. tom. 3. cap. VII. pag. 167, y cap. VIII. pag. 246.

(g) Tambien contribuye en este caso à la detencion de las hemorragias

solo abierta, como sucede en la aneurisma falsa, el coagulo solo se forma en su rotura, sin tener mas extension que el grueso de las tunicas, conservando la arteria su calibre.

Este pequeño coagulo no era suficiente à la verdad para detener la hemorragia, como lo es el coagulo considerable que se forma en la extremidad de la arteria del todo cortada, si la naturaleza y el Arte no ayudan. Aquella hace que la primera sangre, que sale por la abertura despues de la compresion, se coagule en la parte exterior de la rotura, y se una con el pequeño coagulo, formado entre los labios de la herida de la arteria, resultando por esta union un verdadero tapón de figura de una tachuela: el Arte le sostiene por medio de la compresion, con la qual seguramente se detiene la hemorragia. Lo mismo sucede en el caso del vaso del todo cortado: la primera sangre que sale despues de la compresion, se coagula fuera de la boca del vaso, y forma la cabeza del tapón que está dentro de la arteria.

De lo dicho se vé, que el coagulo de sangre que detiene las hemorragias consta de dos partes: la una que está en la cavidad de la arteria en el caso de hallarse del todo cortada, ò entre los labios de ésta en el de solo estar rota, que hace oficio de tapón; y la otra que está fuera del vaso, pero unida à la primera, tapando la boca ò rotura de la arteria. En el primer caso, la parte del coagulo, que está dentro de la cavidad del vaso, es mucho mas considerable que la porcion que está fuera de la boca de la arteria.

Lo contrario sucede en el segundo caso: la porcion del

---

gias la contraccion de las tunicas de la arteria, y la tumefaccion de aquellas, y de todo el texido celular que circunda la arteria. Vide Melanges de Chirurg. por el Sr. *Pouteau*, pag. 299 y 358.

del coagulo que está entre los bordes de la rotura de la arteria, es mas pequeño que la porcion exterior, ò la que está sobre el cuerpo de ésta, y si esto no fuese asi, la hemorragia no se podria detener. Esta especie de compensacion de la pequeñéz del tapón por el aumento de la cabeza ò parte externa, y de la pequeñéz de ésta por el aumento del tapón; hace que (todas cosas iguales) no haya mas dificultad en detener la sangre de una arteria simplemente abierta, que en una arteria enteramente cortada.

En qualquiera de los casos, y con especialidad en este ultimo el agarico no hace otra cosa que ayudar à la naturaleza en la formacion de la parte exterior del coagulo; y esto no por una particular virtud abstringente ò estiptica, sí por aquella especie de felpa ò vello que tiene este tópico en su parte interna (la que en su aplicacion se presenta del lado de la abertura) la qual absorviendo la parte serosa de la sangre, hace que ésta se coagule prontamente; y por consiguiente, que su identificacion con las paredes del vaso sea mas pronta. Unida esta porcion del agarico à el coagulo, aumenta la resistencia de éste, la que es necesaria ò muy conducente para el fin referido. De todo lo qual se deduce, y no sin razon, que los buenos efectos que se observan en este tópico para detener las hemorragias, son debidos, tanto à él, como à la compresion, pues sin ésta el agarico ò qualquiera otro tópico por sí solo no podrán detenerlas.

ARTICULO VEINTE Y CINCO.

DEL ABUSO DE LAS COSTURAS en las heridas.

SE debe contar entre los progresos mas notables de la Cirugía la casi general proscripcion de las suturas en la curacion de las heridas, que solo piden ser reunidas. Esta famosa revolucion es el fruto del gran zelo del Sr. *Pibrac*, Autor de una Memoria sobre este asunto, el qual procura probar en ella (a), que casi no hay caso donde no se pueda, y por consiguiente no se deba evitar hacer suturas. La exposicion de muchos casos, en que solo se usaron de la situacion y vendage, aunque segun el modo general de pensar, pareciese la sutura un socorro indispensable: los que se han encontrado en el vendage en muchas ocasiones en que han faltado las suturas; y los indispensables inconvenientes de su uso, son otros tantos medios de que se sirve el Sr. *Pibrac* para empeñar à los Cirujanos à omitirlas, dando principio por pruebas directas, y haciendo la aplicacion de su doctrina. Primero: A las heridas del abdomen. Segundo: A el pico de liebre. Tercero: A las heridas de la lengua. Quarto: A las transversas de la garganta. Quinto: A las de los tendones. Sexto: A las heridas en general.

En muy corto tiempo curó el Sr. *Pibrac* con un simple aparato de dos compresas laterales, el vendage de cuerpo, y el escapulario, una herida en el abdomen con salida del epiploon, hecha con una bayoneta, habiendose visto en la necesidad de dilatarla para reponerlo, teniendo

(a) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 3. vol. en 4.

do en este caso la herida de los tegumentos tres dedos de longitud, y dos poco mas ò menos la del peritonéo, lo que no le impidió el no hacer la gastroraphia. Si en algun caso parece ésta necesaria, es despues de la operacion cesarea, en donde siempre se ha practicado. No obstante en una observacion comunicada à la Real Academia de Cirugía de París por el Sr. *Caque*, Cirujano mayor del Hospital de Dios de Rheims, se lee, que habiendose rasgado los labios de la herida por los puntos de la sutura, despues de una operacion cesarea, suplió perfectamente el vendage. Lo mismo sucedió en el caso de la misma operacion, hecha por el Sr. *Soumain*, en una muger de pequeña estatura, cuya pelvis estaba mal conformada (b), de donde se sigue no fue util en estos dos casos.

El Sr. *Vipelet*, teniendo que curar una herida transversal y de algo mas de una pulgada de extension à dos dedos del ombligo, con salida del epliploon, despues de haber reducido éste, la reunió con dos puntos de sutura enclavada: los accidentes que sobrevinieron, le obligaron à cortarlos, y abandonada la herida à unas simples curaciones, aunque su direccion era transversal, se cicatrizó en ocho dias. Sin embargo de que estos hechos parezcan concluyentes contra la sutura, el Sr. *Pibrac* atento à no pasar los limites de una sábia critica, no intenta absolutamente excluirla en la curacion de las heridas del abdomen.

Sin duda que como todos los casos posibles no pueden ser previstos, hay algunos que la pueden exîgir, como sucedió en aquella muger de quien habla el Sr. *Louis* (c), à la que un Toro abrió el vientre de una cor- na-

(b) La narracion circunstanciada de esta operacion se halla en la coleccion de las Thesis, Medico-Chirurgicas de Haller.

(c) Diccion de Cirugía, tom. 1. artic. Gastroraphia, pag. 431.

nada transversalmente de un lado à otro. En un caso de esta naturaleza será muy conducente despues de recordarse de los excelentes principios del Sr. *Pibrac*, hacer algunos puntos de sutura; pero no tantos como se creyó, precisado à hacer el Cirujano para la reunion de esta grande herida, cuyo abuso no puede ser tolerable.

El Sr. *Gerard*, Cirujano de París, curó un hombre à quien con un sable habian cortado transversalmente los Musculos rectos en la region hipograstica; los intestinos salieron por la herida, y causaron una verdadera eventracion. El Sr. *Gerard* haciendo echar al enfermo de espaldas, reduxo los intestinos en su cavidad, à fin de encorvar la espina dorsal, y afloxar los Musculos del abdomen: puso muchas almohadas para levantar las nalgas y los hombros: esta situacion mantenia las partes divididas en la inmediacion necesaria para la reunion. El Sr. *Gerad* no hizo sutura; el vendage, y la buena situacion fueron suficientes, y la curacion fue pronta. Este Autor dió parte de esta cura en una asambléa del Colegio de Cirugía, con la ocasion de estár preguntando à uno para recibirle en él.

A estas observaciones se debe añadir una del Sr. *Leautaud*, Cirujano mayor del Hospital de Arles en Provenza: la Academia Real de Cirugía de París la ha juzgado muy interesante. Apoya la doctrina del Sr. *Pibrac* contra el abuso de las suturas, y es muy extraño, que este Autor no la haya insertado en su Memoria, habiendo sido comunicada antes à la Academia. Un muchacho (dice el Sr. *Leautaud*) de edad de doce años, de temperamento delicado, por andar de priesa, se cayó sobre una botella grande que tenia en la mano, y se hizo muchos pedazos: los cascos del vidrio le rompieron transversalmente el vientre por encima del ombligo: la abertura tenia mas de

qua-

quatro dedos de larga: salia por ella una gran porcion de epiploon dislacerado, parte del estomago y del colon: el muchacho se quedó algunas horas sin sentido; y le sobrevino tan grande calentura que hizo temer su vida.

Habiendo exâctamente registrado y lavado con vino caliente la herida, exâminó si habia algun pedazo de vidrio entre las visceras, y no hallandole, hizo la reduccion de las partes que habian salido por la herida. Para procurar la reunion de ésta, se contentó con curarla con planchuelas mojadas en vino caliente, y aplicar un vendage conveniente. A otro dia por la tarde duraba la calentura, levantó el aparato, y observó una grande tension en todo el vientre, se alegró no haber hecho la gastrórafia, que sin duda hubiera irritado mas las partes afectas, y aumentado mucho la tension. Las fomentaciones y cataplasmas emolientes, y las lavativas anodinas fueron empleadas con buen éxîto, el enfermo tuvo tres dias consecutivos vómitos de materias fecales diversamente tinturadas, y cargadas de un gran número de lombrices, habia alguna apariencia de que una porcion del intestino padecia extrangulacion, la que se disipó por los remedios generales; en fin, al dia quarto se le movió naturalmente el vientre; la herida supuró abundantemente, exâlando un edór insoportable, despues se formó un absceso en la ingle, y otro en la nalga izquierda, y el enfermo cayó en un marasmo; ordenósele caldos restaurantes, y por bebida ordinaria un cocimiento de cebada y culantrillo, la supuracion duró mucho tiempo, y despues de quatro meses de cuidados y trabajos recuperó enteramente la salud.

La reunion de la herida que resulta de la operacion del pico de liebre, ó de la extirpacion de un cancro en los labios, ha pedido siempre la sutura. La práctica ha usado en este caso una particular, que se la da el

nom-

nombre de enroscada: ésta contiene con mas fuerza los labios de la herida, que la entrecortada simple, y esto es lo que la hace mas temible. En una Memoria del Sr. *La-faye* (d) sobre los picos de liebre de nacimiento se lee, que habiendo tenido que operar uno muy complicado, tuvo por conveniente sostener el efecto de la sutura por un aparato que impidiese rasgar los labios de la herida; pues segun este Práctico, el buen éxîto de la operacion depende comunmente de esto. Aplaudida esta reflexîon por el Sr. *Pibrac*, solo ha tenido un paso que dar sobre ella, para conocer la inutilidad de la sutura, à lo menos en el mayor número de casos (e). No pretende éste darla una absoluta exclusion, conociendo hay algunas circunstancias tan raras que la podrían hecer necesaria.

El Sr. *La-faye* dice, que habiendo alguna vez faltado los puntos de la sutura, aun en el caso de pérdida de sustancia, las longuetas de un emplasto aglutinante repararon tambien el desorden, y corrigieron de tal modo la deformidad, que segun este Autor, casi no se veía señal de haber hecho la operacion. Una importante observacion del Sr. *Quesnay*, inserta en la Memoria del Sr. *La-faye*, apoya tambien la doctrina del Sr. *Pibrac*. En un pico de liebre, cuyos bordes estaban extremamente apartados, habiendo faltado uno de los alfileres, dexó la parte inferior de la herida tan rasgada, que hizo imposible, ò à lo menos muy dificil la aplicacion de un segun-

(d) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 1. vol. en 4.

(e) El Sr. *Louis* con todos los Prácticos modernos la proscriben en todos los casos. Véase su Memoria sobre la operacion del pico de liebre en el 4. volum. en 4. de las Memorias de la Real Acad. de Cirug. de París, y las nuevas observaciones sobre esta operacion en el 5. volum. en 4. de la misma Acad., y el Artic. 35. de este Suplemento, que es el extracto de la doctrina del Sr. *Louis*.

gundo alfilér: el Sr. *Quesnay* le suplió muy bien con un vendage de su invencion.

Pues si el vendage, dice el Sr. *Pibrac*, es un medio mas suave que la sutura, y repara eficazmente los desordenes, ¿por qué no ha de ser el medio capital y primitivo de la reunion de las heridas de los labios, aun con pérdida de substancia? Juiciosa pregunta del Sr. *Pibrac*. En una observacion sobre este asunto, comunicada à la Real Academia de Cirugía de París por su individuo el Sr. *Boscher*, demuestra este Academico, que habiendo faltado en su efecto la sutura, la suplió el vendage, y la curacion fue pronta, y sin deformidad alguna. El Sr. *de Garengeot*, no habiendo podido persuadir à una muchacha que se habia hendido el labio superior por un golpe que se dió con una jarra de Loza, se dexase hacer la sutura, se vió obligado à la sola aplicacion de un vendage metodico, con el que se curó en dos dias.

Apenas hay parte en nuestro cuerpo, donde no se haya practicado la sutura, aun no se ha preservado la lengua. *Ambrosio Pareo*, el primer Autor que ha tratado expresamente de la curacion de sus heridas, se ha servido de la sutura en tres ocasiones con buen suceso (f): no obstante esto, no desconfiaba este Autor se pudiese encontrar otro mejor medio. La esperanza de este respetable Padre de la Cirugía acaba de ser honrosamente cumplida por el Sr. *Pibrac*. Llamado éste para una moza de diez y nueve años, que se habia cortado la punta de la lengua con los dientes en una accesion de epilesia, quiso evitarla los dolores de la sutura: para esto hizo una pequeña bolsa de lienzo fino, para meter y colocar exâctamente la lengua, atandola à un hilo de alambre, do-

(f) El Sr. *Heister* ha practicado tambien esta sutura. Vease sus Inst. Chirurg. tom. 1. part. 1. lib. 1. cap. 13. pag. 134.

blado debaxo de la barba, y sujetandole con dos cintas, atadas por detrás de la cabeza, en forma de freno. La herida curó en pocos dias, fomentandola con una mezcla de vino y miel rosada, con la que se enjuagaba la enferma algunas veces al dia.

Aunque fue perfecta la curacion en ocho dias, el vendage se continuó por diez mas para mayor seguridad. Diez y ocho meses despues de su curacion tuvo esta misma otro acceso de epilesia, en el que tambien se cortó la lengua casi en la misma parte. Este accidente sobrevino de noche, el Sr. *Pibrac* fue llamado, y habiendole salido bien la primera tentativa, siguió la misma conducta, y tuvo el mismo buen efecto. No hay cosa mas cómoda para reunir las heridas de la lengua, y mantener esta parte sin temer el menor desorden, que este pequeño instrumento, siendo mas ventajoso à el enfermo, y mas facil para el Cirujano que la sutura, el qual se halla gravado en el primer tomo de la Traduccion Española de los Aforismos de Cirugía del Sr. *Boerhaave*, comentados por el Sr. *Vanswieten*, pag. 406.

Las heridas transversales de la garganta, por grande que sea su extension, no exîgen la sutura: esto lo prueba el Sr. *Pibrac* con una observacion de *Tulpio*, y con otras tres insertas en el primer volumen en quarto de las Memorias de la Academia de Cirugía de París: la ultima es del Sr. *Garengeot*. Este fue llamado para ver un hombre, que con una navaja se habia hecho una herida transversal de ocho dedos de larga entre los cartilagos Thyroïdes y Cricoïdes. La parte superior de la Trache-arteria fue enteramente cortada, el esofago fue dividido en mas de la mitad de su diametro, todos los Musculos de la parte anterior del cuello, y la vena jugular izquierda fueron totalmente cortados, la division de todos estos Musculos era causa de que la cabeza del herido estubiese incli-

clinada ácia atrás, y los labios de la herida muy apartados el uno del otro. El Sr. *Garengeot* no tuvo por conveniente hacer la sutura à esta herida, y creyó que el simple vendage unitivo, que mantendria la cabeza inclinada ácia adelante, bastaría para procurar la reunion, y en efecto, con este medio el herido fue curado en diez y ocho dias.

Los Antiguos practicaron la sutura de los tendones, y los malos sucesos de esta operacion la hicieron abandonar: la correccion de una aguja que el Sr. *Bienaise* habia inventado para estos casos, aun no pudo fixar su uso en la práctica. Las heridas de los tendones, ya sean flexôres ò extensores, se reunen por la sola situacion de la parte, ayudada de un vendage conveniente. Para la reunion del tendón de Achiles, la máquina del Sr. *Petit* (g) será siempre por su utilidad el elogio de este célebre Práctico, que conocia bien todos los inconvenientes y peligros de la sutura en este caso, y la utilidad de un vendage, que manteniendo invariablemente el pie en extension, y la pierna en flexîon, impida la retraccion de los Musculos gemellos y solar, y la accion de sus antagonistas. Solo el vendage es quien puede prevenir los funestos efectos de una sutura en el tendón de Achiles, y él solo es suficiente à mantener las partes en la inmediacion necesaria, para que la naturaleza las consolide. Los Sres. *Andouillé* y *Sereis* han unido por medio del vendage el tendón de Achiles, cortado del todo transversalmente; y en otros muchos casos ha correspondido perfectamente este medio.

En el ultimo Articulo de su Memoria, el Sr. *Pibrac*

V 2 tra-

(g) Vease en el discurso preliminar del Sr. *Louis*, à el Tratado de los huesos del Sr. *Petit*, la figura de esta máquina, y el modo de aplicarla; esta obra se halla traducida à el Español. Vease adelante el Art. 51. que trata de las heridas del tendón de Achiles.

trata de las heridas en general. En él nos dá dos exemplos de heridas considerables en la naríz en lambó ; otra herida hecha por un golpe de sable , que cortó transversalmente el Musculo del Toïdes , y otra que dividió del mismo modo los Musculos gemellos y solares, todas estas heridas curadas por el vendage solo , y sin el auxîlio de sutura. Aunque el Sr. *Pibrac* tenga à su favor la razon y la experiencia , ha parecido conveniente apoyar su doctrina con *Fabricio de Aquapendente* , *Belloste* y *Paracelso*. Este ultimo habla con mas fuerza contra los partidarios de la sutura. La naturaleza , dice este Autor, procede á la curacion de un modo suave y esento de dolor , y tiene horror de estár entre las manos de estos barbaros que cosen las heridas : la sutura es estraña en el arte , causa dolor , inflamacion , y otros muchos accidentes peligrosos.

ARTICULO VEINTE Y SEIS.

DE LAS AMPUTACIONES EN GENERAL.

LA salida de los huesos (dice el Sr. *Louis*) (a) es uno de los mas grandes inconvenientes que pueden sobrevenir despues de la amputacion de las grandes extremidades. Quando la punta del hueso excede el nivél de los Musculos , y está enteramente desnuda , no se puede conseguir la curacion : pero si el extremo sobresaliente está cubierto de granos carnosos , el enfermo podrá curar , aunque la cura sea larga y dificultosa. Freqüentemente sucede esto en la amputacion del muslo , y pone

(a) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París , 2. volum. en 4.

ne al enfermo en la necesidad de hacerle llevar una máquina de tal construccion, que le permita andar, sin que el peso del cuerpo apoye sobre la extremidad del miembro, en donde termina el hueso; y aun con estas precauciones, las partes blandas sostienen dificilmente el peso del cuerpo, porque estando el muñón cónico, no tiene bastante punto del apoyo. De lo dicho se ve, que la perfeccion de una amputacion consiste en conservar à las carnes que forman el muñón la mayor anchura que sea posible: los preceptos de la Cirugía antigua y moderna están acordes sobre este punto.

Ambrosio Pareo (b) recomienda tirar los Musculos ácia arriba, y que se apriete fuertemente el miembro por medio de una ligadura, un poco por encima del sitio en que se ha de hacer la amputacion. Por este medio, dice, la cura es mas pronta, y los Musculos sirven como de almohadilla à la extremidad del hueso. El Sr. *Petit* (c) añade à este precepto el de hacer la amputacion en dos tiempos; esto es, cortar primero los tegumentos y gordura hasta la membrana que cubre los Musculos por una incision circular, y retirando despues un ayudante el cutis ácia la parte superior, se cortan las carnes al nivél de los tegumentos (d). Todas estas atenciones de parte del Cirujano no llenan el objeto que se propone: las precau-

(b) Lib. XII. de contusiones, cap. 30.

(c) En sus Obras posthumas, cap. 12. §. 2. tom. 3. pag. 153.

(d) El Sr. *Sharp*. Recherch. critiq. sur l'etat. près. de la Chirurg. con otros Ingleses asegura, que la incision en dos tiempos ha sido inventada por *Cheselden*, que se la propuso à su Maestro el Sr. *Fern*, quando era aun su discipulo: bien puede ser esto verdad; pero el Sr. *Cheselden* no ha publicado sus idéas sobre este asunto hasta el año de 1749 al fin de una traduccion Inglesa de una Obra del Sr. *Ledran*, por el Sr. *Gataker*; y el Sr. *Petit* enseñaba este método en las Escuelas públicas de París mas de treinta años antes de esta época.

cauciones de tirar el cutis antes de la amputacion ácia la parte sana, y de atraherle despues de la operacion sobre el muñón, aunque muy loables por otra parte, no impiden la salida del hueso. El célebre Sr. *Monró* (e) conoció esta verdad; y dice que es necesario poner toda la atencion debida, para que el corte del cutis y del hueso hagan en quanto sea posible una superficie igual con el de los Musculos. El Sr. *Louis* ha observado, que quando el hueso está cortado igual, y que se halla al nivél de las carnes que le circundan inmediatamente, la curacion es pronta, y muchas veces sin exfoliacion.

La causa de la salida del hueso, dice el Sr. *Louis*, es la poca destreza del Operador, su mala conducta en la curacion, y el uso de los malos instrumentos. Estos ocasionan mayor supuracion, y por consiguiente mayor pérdida de sustancia. La ligadura de los vasos, que abraza muchas carnes, es tambien una causa ocasional de la salida del hueso, por dar margen à supuraciones, y aun à la gangrena, de donde resulta la putrefaccion de las carnes que le circundan, además el inconsiderado uso de los remedios putrefacientes, es igualmente puesto en el número de estas causas. Todas éstas se pueden evitar por medio de los precéptos dados por este célebre Cirujano, y teniendo presentes las reglas expuestas arriba en el método de curar las heridas con pérdida de sustancia.

La contraccion de los Musculos ha parecido hasta el presente la causa mas comun y verdadera de la salida del hueso despues de la amputacion; pero esta retraccion de las fibras carnosas, sólo tiene lugar, segun las observaciones del Sr. *Louis*, quando los Musculos no están unidos à el rededór del hueso; no sucede este inconveniente en la pierna, ni en el antebrazo, en donde los Mus-

cu-

(e) Ensayo y observ. de la Socied. de Edimburgo, tom. 4.

culos que se cortan, están adherentes à los huesos, y contenidos por aponevrosis que los fixan en su situacion. En la amputacion del brazo solo el Musculo biceps se puede retirar ácia la parte superior; de aqui viene la facilidad de curar las amputaciones de estas partes, sin que el hueso se exfolie. No sucede asi en el muslo: en esta parte solo el Musculo crural está fixo al hueso en toda su extension, pero este Musculo es muy delgado, y sus fibras cortas y convergentes à su exe, que es paralelo à el del hueso. Los Musculos vastos y triceps tienen tambien adherencias à el femur; pero solo están unidos à él por su borde interior; y el plan de estas masas musculosas es libre y bastante ancho; y por consiguiente capáz de mudar de direccion, y hacer repliegues despues de cortados.

Todos los demás Musculos están separados los unos de los otros, lo mismo que los precedentes, por el texido celular, y no hay alguno que en su direccion sea paralelo à el exe del femur: todos forman con él angulos mas ò menos agudos. De aqui es, que quando estos Musculos están cortados, mudan de direccion, no teniendo quien los sujete para formar una superficie igual en la extremidad del muñón. Esto es lo que este Autor ha observado tanto sobre el cadaver como en el sugeto vivo, y que no se puede prevenir por medio alguno.

La salida del hueso despues de las amputaciones, originó una dispusta entre los Sres. *Andouillé* y *Bagieu* para saber si era necesario en este caso, serrar la parte excedente del hueso, ò si se debia confiar à la naturaleza su exfoliacion. Esta disputa entre dos Prácticos tan distinguidos se hizo interesante, y cada uno refirió observaciones muy curiosas para hacer valer su opinion. El Sr. *Louis* con el Sr. *Bagieu* quiere se sierre el cilindro huesoso al nivél de la herida, lo que no atrahe accidente, pues solo

lo se cortan una ò dos lineas de las partes blandas à la vase de la porcion excedente del hueso ; y se hace, dice este Autor, en un minuto una operacion, que la naturaleza acaso no podria hacerla, ò tardaría mucho tiempo.

No obstante, no es preferible este medio en todos los casos : alguna vez es preciso, dice, dexar este cuidado à la naturaleza. Para prueba de esto refiere una observacion de *Fabricio Hildano.* Este amputó el muslo à un hombre el ultimo dia de Enero, y viendose precisado à dexar el enfermo en la situacion mas deplorable ; à su buelta, que fue el tres de Marzo, le halló en buen estado ; pero el hueso sobresalía de las carnes mas de dos dedos. Este gran Práctico propuso serrar el hueso al nivél de las carnes, y al principiar la operacion, conoció que la naturaleza trabajaba eficázmente en la separacion. Contentóse entonces con menearle à un lado y à otro siempre que levantaba el aparato, y al cabo de quatro dias arrancó sin dolor, y sin que saliese una gota de sangre, una porcion de la totalidad del femur de cerca de cinco dedos de largo. La reseccion en este caso no hubiera sido de utilidad, y asi todas las veces que la desnudacion del hueso se estienda mucho mas arriba del nivél de las carnes, es menester confiar la separacion, segun el Sr. *Louis*, al cuidado de la naturaleza. Si conviene saber quándo se debe hacer la reseccion del hueso, y quándo se debe dexar al cuidado de la naturaleza, ¿quánto mas util será el prevenir su salida? Esto es lo que se consigue, dice el Sr. *Louis*, haciendo la amputacion segun su método.

ARTICULO VEINTE Y SIETE.

DE LA AMPUTACION DEL MUSLO.

DE todas las amputaciones, la del muslo es sin contradiccion la mas temible. El Sr. *Heister* conoció muy bien los terribles peligros à que están expuestos los infelices que tienen que sufrirla. La grande ulcera que de ella resulta, atrahe supuraciones tan excesivas, que los enfermos perecen comunmente extenuados. Conociendo el Sr. *Louis* (a) ser esta amputacion la mas susceptible de los inconvenientes que resultan del método ordinario de operar, hace para prevenirlos, la amputacion del modo siguiente. Situado el enfermo comodamente, y aplicado el torniquete, un Ayudante tira el cutis ácia lo alto del muslo, y le sujeta con una venda apretada, que da vuelta al miembro un poco por encima de la parte donde se debe hacer la incision. Esta venda detiene el cutis, afirma las carnes, y sirve como de regla al Operador en la direccion de su instrumento, y por este medio la incision se hace igual y prontamente.

El Sr. *Louis* demuestra la inutilidad de la doble seccion que aconseja *Heister* despues del Sr. *Petit*, porque además de alargar la operacion, multiplica los dolores sin necesidad, no siendo suficiente à impedir la salida primitiva del hueso, que depende esencialmente de la retraccion de los Musculos, que atrahen siempre el cutis con ellos por mas largo que quede: ni la salida consecutiva, que sobrevi ene algun tiempo despues de la amputacion, y que reco noce por causa ocasional la disolucion, y des- truc-

(a) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de Parìs, 2. vol. en 4.

truccion del texido celular, por la supuracion. Cree poder dar como un precepto fundado sobre la razon y experiencia, que es preciso comenzar la operacion por una incision profunda, que corte à un tiempo los Musculos y el cutis. Lo unico que hay que observar para la perfeccion de esta incision, es saber tomar las medidas para hacerla de una sola vuelta del cuchillo corvo.

Colocado el Cirujano exteriormente una rodilla en tierra, y el brazo derecho debaxo del muslo que debe amputar, toma el cabo del cuchillo, que se le presentan perpendicularmente, entre los muslos del enfermo. En esta posicion la punta del instrumento está vuelta ácia el pecho del Operador. Entonces, elevando mucho la mano derecha, podrá, volviendo la muñeca por una grande pronacion, comenzar la incision exteriormente de arriba à abaxo: cortará en esta primera direccion del instrumento los Musculos que cubren la parte externa del femur; y resvalando en una direccion contraria el cuchillo, esto es, de abaxo à arriba, y circularmente sobre la parte anterior de este hueso, cortará los Musculos extensores, despues dirigiendo el instrumento de arriba à abaxo, cortará los Musculos que ocupan la cara interna del muslo; y levantandose el Cirujano, acabará la incision circular, por el corte de las partes que están à la cara posterior del femur. De este modo las carnes se cortan con igualdad, y de un solo golpe; y no se expone à hacer un corte desigual.

Practicada esta incision, se presenta un espacio bastante grande entre las partes divididas: se quita la ligadura que ha sujetado el cutis, y comprimido toda la circunferencia de la parte por encima de la incision, y con esto, quedando los Musculos en su libertad, especialmente si se ha servido del torniquete del Sr. *Petit*, se retiran al instante, y mudan de situacion, segun la diferen-

rencia de sus direcciones. Entonces levantando las carnes con una compresa hendida, observando no aplicar los cabos muy cerca del hueso, porque solo debe sostener las carnes libres, à fin de facilitar el corte de las que están inmediatamente adheridas al hueso, se cortará el Musculo crural que está unido à el cuerpo del femur, y sobre la misma linea se hará lo mismo con las porciones de los Musculos vastos y triceps, que tienen adherencia à la cresta posterior del hueso; y por ultimo se cortará el periostio. Por este método se podrá facilmente serrar el hueso tres dedos mas arriba, lo que no podria suceder asi, si se hubiera serrado al nivél de las carnes de la primera seccion. Todas estas precauciones son tan conformes à la razon y experiencia, que no se podrá evitar la salida del hueso, si no se ponen en práctica.

Remediada de este modo la salida primitiva del hueso, no se olvida el Sr. *Louis* de lo que se ha de observar para evitar la consecutiva. Como la causa de ésta venga comunmente además de lo arriba dicho de la mala aplicacion del primer aparato, y de las subsiguientes curaciones mal hechas, destierra de su aparato todas las piezas que empujan la extremidad de los Musculos ácia arriba, aplicando las vendas y compresas de modo, que atrahigan constantemente las carnes de arriba à abaxo. Detenida la sangre por qualquiera de los medios dichos en el Articulo de la hemorragia, guarnecida la herida con hilas suaves, y puesta la compresa en el trámite de los vasos, se aplica una venda circularmente de arriba à abaxo, con la que se atrahen el cutis y Musculos ácia la extremidad del muñón, concluyendo con las ultimas vueltas à un dedo del borde de la herida, sin estár muy apretadas; con estas ultimas vueltas se han de sujetar seis vendaletes, colocados al rededór del muñón, unos enfrente de otros, mas ò menos anchos y largos, segun el grueso de

este. Tres de estos vendaletes tienen cada uno en medio una abertura en forma de ojál, por la que se pasa el que no la tiene, y está situado enfrente de él. Despues se toman los dos extremos envaynados, uno en cada mano, como los de una venda unitiva, y tirando un poco de ellos ácia abaxo, se acerca el cutis, y crurandolos en medio del muñón, se vuelven à conducir ácia arriba los dos extremos cambiados, con la misma direccion que baxaron para que los sostenga un Ayudante: la aplicacion de los otros se hace del mismo modo, formando con todos una estrella sobre el muñón. Despues se pone encima una compresa gruesa y quadrada, y otra circular, y se sostiene todo con la capelina, hecha à dos cabos, que es mas firme que à uno solo.

En las demás curaciones se hace el mismo vendage, y se espera que las piezas del primer aparato, se desprendan por medio de la supuracion, la que debemos por todos los medios posibles hacer sea muy moderada, para lo que nos abstendremos de los ungüentos digestivos pasadas las dos ò tres primeras curaciones, continuandolas despues con solo las hilas secas: por este método las ulceras de la mayor extension se hacen de muy cortas dimensiones, y la exfoliacion no es visible.

Otro abuso en la práctica de las curaciones (dice el Sr. *Louis*) (b) produce tambien los peligrososos apartamientos de las partes musculosas. Este es el poco cuidado de la situacion del muñón al tiempo de renovar los aparatos. Se hace doblar el muslo para levantar el extremo del muñón, y ponerle en situacion de curar comodamente la herida; y quanto mas adelantada va la cura, se toman menos precauciones acerca de esto. En esta flexion, el extremo del hueso parece salir del muñón, y efec-

(b) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de Paris, 4. vol. en 4.

efectivamente se eleva por encima del nivél de las carnes. Este es un movimiento perjudicial, que se debe absolutamente evitar, contentandose con tener el muslo en extension, poniendo al tiempo de la curacion para hacerla con comodidad una almohada debaxo de los riñones del enfermo. Las ventajas de esta posicion son bastante sensibles. Todo esto lo confirma el Sr. *Louis* con muchos hechos de práctica, y concluye diciendo, que será grande perfeccion añadir à los preceptos dados para la amputacion del muslo, el no comprimir la arteria crural, sino en el pliegue de la ingle; de modo, que los Musculos no sean comprimidos sino por la venda que los debe afirmar en la primera seccion circular; pues quitado este vendage, la retraccion de los Musculos será libre, y el Operador podrá cortar las carnes que están al rededór del hueso, lo mas alto que le sea posible, para poder serrar el hueso en esta parte (c).

Cita dos casos este Autor, de haber hecho la ampucion del muslo sin torniquete, comprimiendo simplemente en la ingle la arteria crural por un Ayudante. El mas reciente es el del Cavallero de San Maclou, que curó perfectamente sin experimentar los malos efectos de la retraccion de las carnes, quedandole un muñón muy carnoso, en cuyo centro quedó el extremo del hueso como hundido. Pero como no hay siempre Ayudantes inteligentes, à quienes se pueda confiar sin peligro la compresion de la arteria crural, será de mucha utilidad la invencion de una nueva máquina ò torniquete para comprimir la arteria à su salida por debaxo de la arcada crural. Yo miro este medio cómo el mejor de todos para prevenir la salida del hueso, porque seguramente el torni-que-

(c) De aqui se infiere ser mas conveniente en todas las amputaciones el torniquete del Sr. *Petit*, que el garrote que se usa comunmente.

quete (sea el que se fuese) que se acostumbra poner à la parte superior è interna del muslo, es un obstáculo à la retraccion primitiva de los Musculos, en el tiempo mismo de la operacion. La compresion hecha en el pliegue de la ingle corrige este inconveniente, dexando à los Musculos cortados toda la libertad necesaria para su retraccion primitiva.

El conocimiento que tiene el Sr. *Louis* de la disposicion natural de los Musculos que se deben cortar en la amputacion del muslo, y la doctrina de Celso, le han sugerido la idéa de su método. Lo que dice este antiguo Autor, à quien debemos la primera descripcion de la amputacion de los miembros, es lo siguiente. *Inter sanam vitiatamque partem incidenda scalpello carousque ad os . . . . . reducenda ab eo sana caro, & circa os subsecanda est, ut ea quoque parte aliquid ossis nudetur: dein id serrulâ præcidendum est quam proximè sanæ carni etiam inhærenti . . . . cutis sub ejusmodi curatione laxa esse debet, ut quàm maximè undique os contegat* (d). Estos son los medios que el Sr. *Louis* propone en su método de operar para prevenir la salida del hueso. Veamos no obstante lo que el Sr. *Valentin* nos dice sobre este asunto.

Que el Sr. *Louis* en una Memoria de Cirugía, haya pecado contra las reglas de la geometría, ò que sin razon el Sr. *Valentin* en una obra sobre la Cirugía (e), le haga esta objeccion, es lo que me parece poco importante disputar aqui. Las demostraciones geometricas rara vez encuentran su aplicacion en las materias chirurgicas: en Anatomía es mas susceptible esto. No obstante, despues de un paralelismo de los Musculos, supuesto por el Sr. *Louis*,

(d) Cels. lib. VII. cap. XXXIII.
(e) Recherch. Critiq. sur la Chirurg. moderne.

Louis, y negado por el Sr. *Valentin*, quiere este ultimo sea evidente, que el Sr. *Louis* ha tenido por causa de la salida del hueso, lo que produce un efecto diametralmente opuesto. Pero yo aunque no soy del todo geometra, digo con sinceridad, que de qualquier modo que se explique la retraccion de los Musculos despues de una amputacion, ella sucede constantemente en el instante mismo de la seccion de las carnes; y que si no se toman los medios para prevenir seguramente los malos efectos que puede producir, la salida del hueso será un efecto necesario. El Sr. *Louis* ha dicho, que habiendo exâminado este asunto con mucha atencion, ha visto que los Musculos formaban repliegues despues de cortados. El Sr. *Valentin*, por el contrario, pretende, que estos se reducen à su largór en el instante que son divididos, y que es del todo imposible el que se replieguen. Yo no he hecho amputacion alguna del muslo; pero sí la he visto hacer algunos otros, y me acuerdo, que en todas se notó una mudanza de direccion muy sensible en los Musculos, despues de cortados, y tal, que no se encontraba ninguno, que en su direccion fuese paralelo à el exe del femur. Los repliegues de los Musculos no es una suposicion gratuita del Sr. *Louis*: aun se pueden observar sobre el cadaver, no obstante la extrema diferencia del estado de los Musculos en este caso. Admitidos estos repliegues, ¿pueden estos ser colocados en la clase de las causas inevitables de la salida del hueso? Sin duda que no; porque se les puede quitar y estender para cubrir la extremidad del muñón, como lo ha observado el mismo Sr. *Valentin*; pero el Sr. *Louis* no atribuye directamente la salida del hueso à estos repliegues, sino à la contraccion primitiva de los Musculos, causa única de su mudanza de direccion.

El Sr. *Valentin* exâmina los medios propuestos por el Sr.

Sr. *Louis* para prevenir la salida del hueso; pero es tal su preocupacion, que todos los desprecia. No obstante hay uno del qual nada dice, y que merecia tratarse de él, y es el de la compresion de la arteria en el pliegue de la ingle, en lugar de la aplicacion del torniquete en el sitio comun, de que hablé arriba. Veamos si su nuevo método para prevenir la salida del hueso, es mas seguro y cierto que el del Sr. *Louis*. El fruto que ha sacado de sus observaciones en este asunto, ha sido estár convencido de que no se puede evitar la salida del hueso sino teniendo el cuidado de cortar éste mucho mas arriba de los Musculos que circundan el miembro que se debe amputar.

Vease ahora el modo cómo hace la aplicacion de esta proposicion capital à la amputacion del muslo. Como en esta amputacion se principia cortando las partes que cubren la cara lateral externa del femur, y seguidamente se dividen las que están à la cara anterior, inmediatamente antes de la operacion se pone el muslo en la mas fuerte posible extension y adduccion, y sostenido en esta aptitud por dos Ayudantes, el Operador hace la mitad de la incision circular. No se continuará cortando las carnes que están à la parte lateral interna y posterior, hasta que los Ayudantes hayan situado el muslo en flexîon y abduccion, estando la pierna estendida y sostenida por uno ò dos Ayudantes para mayor comodidad, y no debe el Operador retirar el cuchillo en aquel corto instante en que muda de situacion la parte, porque este movimiento es muy pronto. Este método de operar, dice el Sr. *Valentin*, es tan diferente de los comunes, que aquellos Musculos, cuya extremidad forma ordinariamente la base del cono, se hallan aqui à su punta: el muñón, en lugar de parecerse à un pilón de azucar, forma una herida, cuyos bordes son mas elevados

pos que el centro ; y los tegumentos se conservan mas largos, que si se hubiese seguido el método del Sr. *Petit*.

Yo no seguiré à el Sr. *Valentin* en la demostracion geometrica del importante principio que establece, ni en la explicacion del Teorema en que se funda, y del que hace la aplicacion à el Musculo recto anterior : solo diré, que el método que propone, efectivamente tiene muchas ventajas sobre todos los otros para prevenir la salida del hueso, que se cree indispensablemente en la amputacion del muslo ; pero que debe ser auxîliado de los otros medios propuestos por el Sr. *Louis* ; pues asi estos como los del Sr. *Valentin*, son igualmente buenos, empleandose de concierto, porque los unos sin los otros no prevendrian con seguridad el inconveniente de que se habla.

La amputacion à *Lambó*, ò con el colgaxo de que trata el Sr. *Heister*, ha sido perfeccionada por los Sres. *Vermale* y *Ravaton*, y despues por los Sres. *La-faye* y *Garengeot*. El método de los primeros, solo difiere del de los Sres. *Verduin* y *Sabourin*, en que en lugar de un colgaxo que dexan estos, aquellos dexan dos. El Sr. *La-faye* (f), por medio de una máquina de su invencion, simplifica mucho los aparatos que el Inventor de esta operacion ha creido ser necesarios antes y despues de ella. El Sr. *Garengeot* propone en lugar de esta máquina, el ligar los principales vasos antes de aplicar los colgaxos de carne sobre el hueso, ò mucho mejor el poner sobre el orificio de cada uno de los vasos, un pedazo de agarico de encina, atado con un hilo que sirve para poder retirarles despues de tres ò quatro dias, ò quando ya no se tema venga la hemorragia. Esta operacion, no obstante sus perfecciones, está casi desterrada de la Cirugía : digo

(f) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 2. vol. en 4.

casi desterrada, porque hay casos en donde, ò por la naturaleza de los accidentes ò de la herida, conviene alguna vez hacerla para evitar algunos dolores al enfermo.

ARTICULO VEINTE Y OCHO.

DE LA AMPUTACION DEL BRAZO en su Articulacion con la escapula.

EL Sr. *Heister* (a) describe la amputacion del brazo en su Articulacion con la espaldilla, segun el método de los Sres. *Le-dran* y *Garengeot*. El Sr. *La-faye* ha simplificado despues esta operacion, practicandola del modo siguiente (b). Colocado el enfermo y asistentes en situacion, sosteniendo uno de estos el brazo con seguridad, apartado el codo quatro ò seis dedos del cuerpo, se hace con un cuchillo recto y largo, à la distancia de tres ò quatro dedos del acromion, una incision trasversal, que divida el Musculo del Toïdes, y penetre hasta el hueso: luego se hacen otras dos, de dos à tres dedos de largas, la una à la parte anterior, y la otra à la posterior; de modo, que estén perpendiculares con la primera, y formen con ella un lambó casi de figura triangular, cuya base esté ácia arriba: por debaxo de este, despues de haberle separado, disecandole hasta mas arriba de la articulacion, se mete el cuchillo para cortar las dos cabezas del Musculo biceps, y la capsula de la articulacion: hecho esto, con facilidad se tira ácia sí la cabeza del hueso, y se la desprende por medio del cuchillo, cor-

(a) Instit. Chirurg. part. 2. Secc. 1. cap. 37. tom. 2. pag. 120.
(b) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 2. vol. en 4.

cortando de uno y otro lado, y llevandole entre el hueso y las carnes que están debaxò de la axîla, y que sostiene los vasos, observando inclinar el corte ácia el hueso: separan aquellas de éste, y se hace la ligadura de los vasos lo mas cerca que se puede de la axîla: despues se acaba de separar el brazo, cortando las carnes à un dedo de la ligadura. Hecho esto, se baxa el lambó formado por el Toïdes, que se ajusta perfectamente à la parte, y cubre toda la cavidad glenoïde de la espaldilla; de suerte, que solo queda una herida medio circular. En fin, dexando salir los extremos del hilo que ha servido para hacer la ligadura, por la parte inferior de la herida, se pone lo demás del aparato como corresponde.

Tres ventajas atribuye el Sr. *La-faye* à este modo de operar: primera, que no se hace la ligadura hasta que está cerca de desprenderse el brazo, lo que evita muchos dolores al enfermo: segunda, consiste en que estando el colgaxo à la parte superior, si se forma supuracion, tiene mas facil salida, que si el lambó estuviera en la parte inferior; y la tercera viene del gruesor del lambó, y de la naturaleza de los vesos que se distribuyen en él, lo que debe facilitar prontamente la reunion con las carnes que se regeneran del mismo hueso. Muchos célebres Cirujanos han adoptado este método, y le han practicado con felíz suceso.

El Sr. *Bromfield*, Cirujano mayor del Hospital de San Jorge de Londres, hace una incision longitudinal en las cercanías de la arteria, la descubre, y la despega con mucha precaucion, y con un instrumento particular pasa un cordón, tira el hilo con un garfio, y hace la ligadura: despues hace una incision longitudinal al lado externo del humero, y forma un colgaxo que hace sostener mientras extirpa el hueso (c).

(c) Diario de Medic. mes de Junio de 1768.

En el año de 1760 sobstuvo el Sr. *Dalh* en Gottinga baxo de la presidencia del Sr. *Voyel*, una conclusion, en la que propone un nuevo método de amputar el brazo en su articulacion con la espaldilla : dice es mas pronto, y menos peligroso que todos los otros métodos ; pero à la verdad difiere poco del de el Sr. *La-faye*, y solo sí le somos deudores de la invencion de una clase de torniquete para comprimir la arteria axîlar à su salida del thorax, y hacerse dueño de la sangre mientras la operacion, que por medio del mismo torniquete, dice, no es casi dolorosa. Su figura y descripcion, con el método de aplicarle, y servirse de él, se halla en el diario de medicina del mes de Junio de 1768, y en el compendio de Cirugía del Sr. *Portal*.

No obstante las perfecciones dichas, y las muchas observaciones que hay de felices curaciones, conseguidas por estos métodos, no se debe practicar la mutilacion de un miembro, sino despues de apurados todos los recursos del Arte. La reseccion de la parte superior del hueso del brazo es un medio, por el qual se puede conservar este miembro, y evitar la amputacion del brazo en su articulo. Muchas observaciones, sobre todo en heridas de armas de fuego, han hecho conocer la posibilidad de remediar las fracturas conminutas de la cabeza del humero, con rasgamiento y contusion de los tendones y ligamentos, que atan este hueso à la escapula, sin recurrir à la amputacion. El difunto Sr. *Tomás*, Cirujano de Pezénas, el Sr. *Withe*, Cirujano en Manchester, y el Sr. *Vigarous*, Cirujano en Montpeller, han hecho con buen suceso la extirpacion de la parte superior del humero, atacada de carie ; y en el volumen sesenta y quarro, de las transacciones Philosophicas, hay un exemplo de una rescision de la cabeza y parte superior del humero, hecha en Inglaterra con gran suceso por el Sr. *Jayme*

Bent,

Bent, Cirujano en Neucastle, en una muchacha, que padecia un absceso en el hombro derecho, cerca de tres años.

En vista de estas observaciones, no creo se pueda poner en duda el buen éxîto de esta operacion, y mas, habiendose conseguido felices sucesos, practicando la amputacion en la articulacion; operacion incomparablemente mas peligrosa, de la qual resulta mayor herida, y que necesariamente exîge la ligadura de la arteria brachial, ligadura en la que es preciso comprehender los nervos; y en fin; si no obstante el desorden y confusion que debe atraher en la economía animal la substraccion del brazo entero, se ha conseguido la curacion de los enfermos, ¿con quánta mas razon se debe esperar esto en una operacion, que conserva el miembro, y no presenta ninguno de los grandes inconvenientes que tiene en sí la amputacion en la articulacion?

La consequencia natural de estos hechos demuestra que hay pocos casos en que no pueda suplir à la amputacion del brazo en el articulo, la rescision de la parte superior del humero. El Esphacelo completo del brazo, y la espina ventosa, que ocupe la mayor parte del humero, son acaso las solas enfermedades, en que sería indispensable la amputacion del miembro; pero en la primera por lo comun es menester dexar à la naturaleza el cuidado de operar la separacion de las partes que ha atacado de muerte, y contentarse con ayudarla quando la putrefaccion de las partes alteradas es muy considerable; y la segunda se presenta ran rara vez, que sería casi enteramente borrar de la lista de las operaciones à la amputacion del brazo en la articulacion, si se restringe su uso à este solo caso.

ARTICULO VEINTE Y NUEVE.

DE LA AMPUTACION DE LA PIERNA en su articulacion con el muslo. (a)

EL extremo caso, que obliga à sacrificar un miembro para salvar la vida à un enfermo, dicta al Cirujano diferentes reglas sobre el lugar de la amputacion, segun los usos y naturaleza de la parte. Quando una enfermedad del pie está cerca de su articulacion con la pierna, se corta ésta. Si está en la parte superior de la pierna, cerca de su articulacion con el muslo, que se hace impracticable la operacion en la pierna, la amputacion se hace en la parte inferior del muslo. Si está en la muñeca, se corta el antebrazo; y en fin, si la enfermedad ocupa la extremidad humeral del antebrazo, la operacion se hace en el brazo.

No se sigue esta regla para las amputaciones de los dedos, ni quando la enfermedad está en la parte mas alta del humero, ò en su articulacion con la espaldilla; en este ultimo caso la imposibilidad de salvar la vida por otro medio, ha dado origen al método de amputar el brazo en su articulacion con la escapula, operacion muchas veces hecha con felíz suceso.

El

(a) Aqui no se habla de la amputacion del muslo en su articulacion con los huesos inominados: la Acad. Real de Cirug. de París propuso este asunto para el Premio del año de 1759. La Memoria premiada está por la afirmativa; pero hasta ahora nadie la ha practicado sobre el vivo. Se debe consultar sobre este asunto tres excelentes Memorias, que se hallan en ios opusculos de Cirugía del Sr. *Moran*. Por lo que yo sé el primero que dió la descripcion de esta operacion, fue el Sr. *Ravaton*.

El Sr. *Brasdor* (b) exâmina los principios, que han autorizado hasta el presente, una conducta tan diferente en la aplicacion de un mismo medio curativo. Pregunta este Autor, si efectivamente habrá mas inconvenientes en amputar la pierna en su articulacion con el muslo, que en hacer esta operacion en la articulacion del brazo con la espaldilla, y sostiene la negativa. Los Autores antiguos hablan de la amputacion en las articulaciones como practicable, y si nos referimos al modo con que *Guydo de Gauliaco* lo trata, parece que ha sido de precepto otras veces. *Bartholomé Maggius* describe el modo, cómo la practicaba. *Ambrosio Pareo* hizo la amputacion del antebrazo en su articulacion con el brazo, y la justifica con la autoridad de *Hypocrates*. *Fabricio de Hildano* dice, que el miembro se corta por el articulo con menos dificultad y peligro, que él ha hecho muchas veces la experiencia.

Pigray cuenta, que ha visto muchas veces hacer con acierto la amputacion en los articulos. Los Autores mas cercanos à nuestra edad proscriben en general este método de operar, fundados en vagas aserciones sobre el peligro de las heridas de las articulaciones de la desnudacion y carie de los huesos, y otros accidentes; pero à los mas modernos debemos la afortunada empresa de la amputacion del brazo por su articulacion.

Para estender mas esta práctica, cuyas ventajas conoce el Sr. *Brasdor*, escoge para el sugeto de su exâmen la clase de amputacion, en que debe haber mas inconvenientes, quál es la de la pierna en su articulacion con el muslo: hace comparacion de ésta, con la que se hace en el muslo, y prueba ser practicable aquella. La proposicion fundamental sobre que este Autor funda su dictamen es

(c) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de Paris, 5. vol. en 4.

es la siguiente. El peligro de la amputacion es en razon de la cantidad cortada, de la superficie de la herida, de la naturaleza de las partes cortadas, y de los accidentes que pueden seguir à la operacion. Exâmina las quatro partes de esta proposicion separadamente, y da las pruebas que demuestran la verdad, y poniendo en paralelo las dos operaciones que sirven de exemplo con la regla establecida, juzga de sus respectivas ventajas, y saca la conseqüencia en favor de la operacion por la articulacion, y dice, será preferible el cortar la pierna por la rodilla à cortar el muslo, segun la primera parte de la regla, que es, que quanto mayor sea la cantidad cortada, todas las cosas iguales, mas hay que temer, y viceversa.

Segunda: El enfermo corre mas peligro quanta mayor superficie tiene la herida. Todos saben, que los principales accidentes que sobrevienen en una amputacion, son, el dolor, la inflamacion y la supuracion excesiva, ò de mal caracter. Estos accidentes, y todos los demás que vienen, dependen de la superficie de la herida; pues en donde esta superficie sea menos, habrá menos accidentes, es asi, que la herida de la amputacion del muslo tiene mas superficie, que la de la operacion hecha en la articulacion; luego por consiguiente será preferible el cortar la pierna en el articulo, à cortar el muslo por encima de la rodilla.

Tercera: El Sr. *Brasdor* exâmina el peligro que puede venir de las partes cortadas, de las quales resultaría mas dolor, mayor inflamacion, y supuraciones mas abundantes; y despues de estas consideraciones, fundado en la doctrina del Sr. *Haller* sobre la insensibilidad de los tendones, de las aponevrosis, y de los ligamentos, da la preferencia à la amputacion por la articulacion. Lo cierto es, que las curaciones en la amputacion del muslo, se hacen sobre partes muy sensibles, y al contrario, si la am-

amputacion de la pierna ha sido hecha en el articulo, la superficie será casi toda huesosa, è insensible, y de este modo, al hacer el corte, se disminuye mucho el dolor, que tanta influencia tiene contra el buen éxîto de las operaciones; y por consiguiente siempre que haya menos dolor, será menor la inflamacion y la supuracion.

Como el peligro de la operacion es en razon de los accidentes, segun la quarta parte de su proposicion general, el Sr. *Brasdor* exâmina los accidentes que pueden resultar de los medios propios à detener la hemorragia; para esto recuerda los principios conocidos sobre la ligadura, y el agarico, que no son suficientes, sino con la ayuda de una moderada compresion; y hace ver, que la amputacion de la pierna en el articulo tiene en esto muchas ventajas particulares sobre la amputacion del muslo por encima de la rodilla, por la facilidad que hay en aquella de hacer una compresion lateral, que es el medio mas seguro, y menos doloroso de detener la hemorragia.

Despues refuta algunas objecciones generales que le pueden hacer contra la amputacion de las articulaciones, y dice, primero, que aunque todos los Prácticos convienen en que las heridas de las articulaciones son muy peligrosas, esta verdad no es contraria à las amputaciones por la articulacion, porque los accidentes de estas heridas dependen por lo regular de la detencion, y alteracion del humor sinovial, es asi que en las amputaciones la detencion de este humor no tiene lugar; luego estos temores son vanos: segundo, la superficie del hueso descubierto en esta operacion, no se exfolia, à lo menos aparentemente, y ésta es un efecto necesario en la amputacion hecha con una sierra en la continuidad del hueso. En fin, no se olvida este Autor poner en

el número de las ventajas que hay en amputar por los articulos el menor aparato de la operacion, pues que en estos casos, un solo instrumento cortante basta, evitandose el uso de la sierra, con la que se conmueve el miembro, y se rasga el texido espongioso de lo interior del hueso, lo que da margen à los fungos de la membrana medular, y à la alteracion del suco meduloso. Para apoyo de esta doctrina, nos da exemplos de algunas operaciones modernamente practicadas en las articulaciones, que han tenido buen éxîto. Entre todas las que merecen mas atencion, son dos, hechas en la articulacion de la rodilla. De la una habla el Sr. *Petit* en sus Obras posthumas, y la otra fue executada por el Sr. *Hoin*, Cirujano de Dijón.

Antes de pasar nuestro Autor al método de la operacion, propone dos qüestiones. La primera, si se debe ò no en la operacion amputar tambien la rotula. La segunda, si se ha de conservar posteriormente un lambó, ò contentarse con solo hacer una seccion transversal è igual; y resuelve, que la rotula no se ha de amputar, y que se debe dexar el lambó. La razon que dice hay para esto, es, que la experiencia ha hecho conocer, que la rotula no es de ningun impedimento à la curacion, y que cortando ésta, se tarda mas tiempo en la operacion, la seccion del cutis no es igual, y hay mas desnudacion; y conservandola, no hay casi ninguna, quedando la mayor parte de la superficie articular de los condylos, cubierta, tanto por la porcion de cutis que queda debaxo de la rotula, como por el lambó, que se conserva posteriormente; además de esto, por medio de éste se detiene mas facilmente la hemorragia, y aunque se haga uso de la ligadura, se podrá hacer mas facilmente, porque la arteria poplitia estará descubierta en la continuacion del lambó cerca de una pulgada, y arrimandole

so-

sobre los condylos, muda de direccion la sangre, y pierde mucho de su impetuosidad; y hagase uso de la ligadura, ò del agarico, la superficie huesosa nos ofrece un punto de apoyo, que con una ligera compresion basta para detener la hemorragia.

Para hacer la separacion del miembro ya he dicho arriba, que un solo instrumento basta, éste puede ser el cuchillo recto, con que comunmente se hacen las amputaciones ordinarias. En esta amputacion, y en todas las otras que se hagan en qualquiera articulacion, se ha de observar, que en el caso de que la linea de separacion del miembro gangrenado, se halle en la misma articulacion, ésta servirá de guia al instrumento, y el Cirujano solo debe acabar la obra que la naturaleza ha empezado; pero en qualquiera otro caso debe hacerse del modo siguiente.

Prevenido el aparato, puesto el enfermo en situacion, y aplicado el torniquete, el Cirujano se pondrá al lado izquierdo del enfermo para qualquiera de las dos piernas. Sostenida la que se ha de amputar por un Ayudante, otro situado al lado exterior del miembro, tendrá firme el muslo por encima de la rotula con sus dos manos, tirando fuertemente ácia arriba, para que suba quanto pueda el cutis. El Operador coge con su mano izquierda la pierna por delante, y debaxo de la rodilla, y teniendo el cuchillo en la derecha, pone el corte en el borde opuesto de la corva, y trayendole por delante, corta el cutis transversalmente un dedo mas abaxo de la rotula, hasta el otro borde de la corva; de modo, que lo que está posteriormente entre estos bordes (representados por la salida que forman en cada lado, los tendones flexôres) ò lo que propiamente forma la corva, no sea comprehendido por esta primera seccion.

Hecho esto, se apartan los labios de la herida del cu-

tis, y se corta el grueso ligamento de la rotula al igual del labio superior. Inmediatamente se contrahe ésta por los musculos extensores de la pierna, y queda la capsula articular descubierta: se corta ésta, y en llegando à la cavidad articular, la union de los huesos sirve de guia para cortar las partes laterales de la capsula, una despues de otra, mandando al Ayudante, que tiene la pierna, la vaya doblando, segun se va cortando. En este estado, los ligamentos cruzados, y los cartilagos interarticulares se presentan: se cortan estos, continuando el corte hasta el borde posterior de la cabeza de la tibia, haciendo doblar mas y mas la pierna, y con lo que resta sin cortar, se ha de formar el lambó; pero como la salida del borde posterior de la tibia opone alguna dificultad, para vencerla, se cambiará la direccion del corte del cuchillo, volviendole ácia el pie, y despues un poco ácia el exe de la pierna y se acaba el corte, conduciendole de arriba à abaxo, y de adelante à atrás, de modo, que se forme un lambó de cerca de quatro dedos.

Concluida de este modo la operacion, la arteria poplitia se ve descubierta en mas de un dedo de extension, y como separada del resto de las partes. Segun la ocurrencia, ò se aplica el agarico, ò se hace la ligadura. En este ultimo caso se cortará el hilo bastante largo, para poder retirarle quando se habrá caido, se juntarán los hilos, y se colocarán del lado del lambó, que esté mas cerca à la arteria. El Sr. *Petit* usa solamente de la compresion, y à la verdad, que en ninguna amputacion nos ofrece tantas ventajas como en ésta la compresion. Detenida la hemorragia por qualquiera de estos medios (aunque yo siempre preferiré este ultimo) se arrima el lambó sobre los condylos, y se hace lo mismo con la porcion anterior del cutis, procurando dexar lo menos que se pueda

de

de superficie huesosa, descubierta; se pone encima una planchuela de hilas finas y blandas; despues una compresa, todo sostenido por un vendage como el que se ha dicho en la amputacion del muslo, cuidando ponerle de modo, que solo contenga y comprima suavemente el aparato contra la herida.

En las siguientes curaciones, despues del desahogo de las partes cortadas, será bueno aplicar sobre el borde del muñón, adelante y atrás un vendalete de emplasto aglutinante, para que tirandolos en sentido contrario, ò uno ácia otro, acerquen el cutis à el centro del corte. En fin, se podrán hallar casos en que sea necesario apartarse de las reglas prescritas; pero el Cirujano ilustrado hallará la regla de su conducta en las circunstancias del caso. Por esto, y por ser el primero de los modernos que ha escrito de esta materia el Sr. *Petit*, me ha parecido conveniente poner aqui su doctrina.

Lo que he dicho de la amputacion de la pierna (dice este ilustre Cirujano) (e) encierra preceptos, de los quales se puede hacer uso en la amputacion de los otros miembros; pero como los jóvenes Cirujanos podrian no dar à estos preceptos todas las extensiones de que son susceptibles, pondré algunas observaciones que la práctica me ha dado ocasion de hacer, especialmente sobre las amputaciones en las articulaciones. Muy rara vez se amputa la pierna por su articulacion con el femur; pero no obstante esta operacion puede tener lugar en ciertos casos. Yo la he visto practicar por no tener los instrumentos convenientes para hacer la amputacion por otro método: la necesidad carece de ley. Quando una bala de cañon, un casco de bomba, una piedra, ù otro cuerpo arrojado con impe-

(e) Obras posthumas, del Sr. *Petit*, tom. 3. cap. XII. art. 3. pag. 224. y siguientes.

petuosidad ha herido, y llevado la pierna muy cerca de la rodilla, es imposible hacer la operacion en el lugar que se llama de eleccion: entonces es preciso cortar el muslo mas ò menos cerca de la rodilla, y aunque se esté prevenido de los instrumentos convenientes, nos vemos obligados à cortarla por la articulacion, quando el enfermo, ò su familia no quieren que se ampute el muslo. Semejantes consideraciones obligan algunas veces à violar las reglas del arte. Si la causa que determina à cortar un miembro, es la gangrena, que se estienda y fixe mas allá del lugar en que ordinariamente se corta la pierna, se debe hacer la amputacion en el articulo; sobre todo quando las carnes vivas se separan de lo que es muerto, en la parte donde se debe hacer la incision de los tegumentos: esta parte es señalada por un cerco roxo en el cutis, la supuracion aqui está ya establecida, lo que produce una ventaja de que es necesario aprovecharse; porque si se corta por encima, la naturaleza estará obligada à hacer nuevos esfuerzos para formar una nueva supuracion, que puede ser no consiga tan facilmente como la primera.

Hay algunos muchachos, y aun adultos, que están tan extenuados por su enfermedad, que se puede sin recelo alguno cortarlos la pierna por la articulacion; esto es lo que yo he visto en un jóven, que tenia los dos huesos de la pierna exôstosados y cariados en toda su extension: como esta enfermedad habia durado de tres à quatro años, y se habian hecho en diferentes tiempos algunas operaciones à las fistulas que se habian formado por todos lados; y en fin, que una calentura lenta le habia consumido de tal modo que solo tenia el cutis y los huesos, se le cortó la pierna por la articulacion, con mucha facilidad. El enfermo, que no habia dormido en mas de dos meses, tuvo una noche muy buena, y conti-

tinuó en estár tránquilo hasta el fin de su curacion, que habria sido pronta, si se hubiera cortado la rotula. Creyóse conveniente dexarla, porque estaba sana; pero incomodaba tanto en las curaciones, que se deliberó alguna vez cortarla, aunque no se hizo. Esta falta (si lo es) me hizo pensar, que en esta operacion era necesario quitar la rotula; porque estando continuamente tirada ácia arriba por los Musculos extensores de la pierna, y no pudiendo ser retenida abaxo por faltarla su ligamento, no dexa de moverse siempre que no está sostenida por el aparato (d).

Es tambien necesario quitar los dos cartilagos semilunares, en cortando los ligamentos que los contienen: pues como están atados solo por estos ligamentos, quedarian flotantes sobre los condylos, y serian perjudiciales à la curacion, reteniendo el pus, y haciendo la supuracion mas larga y mas abundante. He dicho en general, que se deben conservar lo mas que se pueda de las carnes en las amputaciones; he enseñado los medios de conservarlas por los diferentes modos de cortarlas, que he indicado arriba; y no es menos necesario el conservarlas en este caso, porque la superficie del hueso que ha de quedar cubierta, es muy considerable.

Se cortarán con un bisturí corvo los tegumentos circularmente frente de la parte inferior de la rotula: se retiran estos á la parte superior, y entonces se cortarán los Musculos extensores, y la capsula ligamentosa: se do-

(d) El Sr. *Petit* desaprueba el método por el qual se conserva la rotula. La autoridad de este gran Cirujano merece mucho respeto; pero un solo hecho no basta para establecer una doctrina; y es muy posible, que lo que el Sr. *Petit* ha visto sucedió en este enfermo con la rotula, no suceda en otro; pues en el enfermo operado por el Sr. *Hoin*, la rotula se contraxo à lo alto, metiendose dos dedos debaxo del cutis, y no fue de ningun inconveniente, ni retardó la curacion.

doblará la pierna, y se cortarán los Musculos y los ligamentos de las partes laterales, y luego que están cortados el ligamento cruzado, y los dos laterales, como aun queda la pierna unida al cordón de los vasos y à los Musculos gemellos, se volverá el corte de bisturí ácia abaxo, entre estos Musculos y el Solár; se cortan los gemellos en lambó, observando no cortar los vasos muy cortos, y que el lambó sea bastante grande para cubrir enteramente los condylos.

Operando de este modo, hay pocas carnes expuestas al ayre, y por consiguiente la supuracion es corta, y la reunion mas pronta; añadese à esto, no ser necesario ligar los vasos, porque en ranversando el lambó para cubrir exâctamente los condylos, el cordón de los gruesos vasos, que está comprehendido en él, se hallará doblado sobre el mismo en el espacio que hay entre los dos condylos, y se sujeta y comprime por las compresas y el vendage, que contendrá todo el aparato. La compresion debe ser exâcta sin ser floxa, porque no detendria la hemorragia, ni muy fuerte, porque causaria la gangrena; por esto aconsejo yo en otra parte, guarnecer con buenas compresas los parages por donde pasan los vasos. El lambó ranversado, y sujeto por el vendage, impedirá la grande retraccion de los Musculos que se han cortado, lo que es de gran ventaja, como se verá en las reflexîones que haré despues sobre las amputaciones de la muñeca, del antebrazo y otras.

ARTICULO TREINTA.

DE LA RANVERSACION DE LAS Palpebras.

EL método de curar la ranversacion de las palpebras ha pasado de los antiguos à nosotros, y habiendole adoptado el uso, parece haberle consagrado la práctica; pero el poco efecto qué de él resulta, nos debe empeñar à abandonar una operacion à lo menos inutil, para adoptar un método mas propio à llenar las indicaciones que presenta el desorden de la parte afecta. Esto es lo que me propongo hacer manifiesto, dice el Sr. *Bordenave* (a), despues de haber propuesto algunas nociones de la naturaleza, y causas de esta enfermedad. Muchas veces se implora el auxîlio de la Cirugía en la ranversacion de las palpebras, no tanto por la enfermedad, quanto por razon de la deformidad que de ella resulta. En esta enfermedad la membrana interna de las palpebras aparece ácia afuera, y por sola su presencia, ò por una tumefaccion preternatural, presenta una rubicundéz desagradable à la vista, semejante à la de una membrana ulcerada.

Las causas de la ranversacion de las palpebras, son la tumefaccion de la conjuntiva, especialmente de la porcion que cubre lo interior de la palpebra, y el relajamiento de estas partes en los viejos, cuyos ojos son muy humedos y lagrimosos; pero las cicatrices que resultan de las heridas, de las ulceras, y de las quemaduras de las palpebras, son las causas mas comunes de esta enfermedad.

(a) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 5. volum. en 4.

En el ultimo caso la ranversacion es mas, ò menos grande segun la pérdida de sustancia. La curacion de esta enfermedad presenta diferentes indicaciones relativas à la causa que la produce: yo solo hablaré aqui de la curacion de la ranversacion de la palpebra, causada por una cicatríz, segun el método del Sr. *Bordenave.* Este ranversamiento producido por una cicatríz despues de una herida con una mediana pérdida de sustancia, ò por una quemadura, ù otra causa accidental, ha fixado en todos los tiempos la atencion de los Prácticos, creyendo que en este caso se podian relaxar las partes, y restablecerlas casi à su estado natural por una particular operacion, ò solamente con la simple aplicacion de los tópicos. Los Antiguos con esta intencion han propuesto una operacion, que muchos Autores han adoptado, y que se ha practicado siempre de un mismo modo.

Esta consiste en hacer una incision cerca del cartilago, que reviste el borde de las palpebras, en forma de media luna, cuyas extremidades en la palpebra superior sean dirigidas ácia abaxo, y al contrario en la inferior, à fin de que por este medio pueda el cutis estenderse. Se ha tenido como suficiente una sola incision quando la palpebra está poco contrahida; pero siendo mucha la contraccion, no se han detenio en hacer muchas incisiones, impidiendo su reunion, poniendo en ellas cuerpos estraños, usando al mismo tiempo de tópicos laxântes, y excitando por este medio la supuracion, para hacer crecer una sustancia intermediaria, que pueda dar mas extension à la parte.

Celso, *Pareo*, *Planer*, *Juncker*, *Kesk*, y *Heister* (b) acon-

(b) *Celsus*, de Medic. lib. 7. cap. 7. *Pareo*, Operat. de Chirurg. capit. 6. *Planer*, Institut. Chirurg. *Juncker*, Consp. Chirurg. *Keck*, Dissert.

aconsejan esta operacion. Su método es absolutamente el mismo, diferenciandose solo en la profundidad de la incision, aunque los mas dicen debe tener de profundidad el grueso del cutis. *Fabricio de Aquapendente* halla que esta operacion no está esenta de inconvenientes, porque si la incision es muy profunda, se debe temer no poder levantar la palpebra, y al contrario, si es muy superficial, las partes se quedan en el mismo estado, sin haber conseguido nada; por lo que aconseja una curacion mas benigna. Esta se reduce à ablandar las cicatrices con los medicamentos apropiados, y estenderlas por medio de los emplastos aglutinantes; pero con todos estos socorros, dice el Sr. *Bordenave*, no se puede confiar en obtener una curacion verdadera. Los laxântes y los emplastos aglutinantes son insuficientes, y las observaciones han hecho ver sucede lo mismo con la operacion, no obstante las precauciones mas exâctas. Bien conoció esta verdad el *Maestro Juan* (c), pues asegura que el ranversamiento causado por las cicatrices de heridas, ulceras y quemaduras, es absolutamente incurable, y dice, que para saber si esta operacion es inutil, se exâmine lo que sucede en todas las cicatrices que quedan en la curacion de otras partes, y se verá, que no se hace alguna sin que el cutis quede encogido aunque él solo haya sido herido.

La creencia de la regeneracion de las carnes es el fundamento ilusorio de esta operacion; pero las observaciones sobre la contraccion inevitable de la palpebra nos hubieran podido convencer, prosigue el Sr. *Bordenave*, sobre la inutilidad de la operacion, y sus observaciones con-

sert. de Ectropio, tom. 1. Disput. Chirurg. ab *Hallero* edict. *Heister*, Instit. Chirurg. part. 2. secc. 2. tom. 2. cap. 48. pag. 162.

(c) *Maitre-Jan.* cap. 23. part. 3.

confirman la doctrina del *Maestro Juan*. El Sr. *Gendron Deshayes*, Profesor de las enfermedades de los ojos en las Escuelas de Cirugía de París, y el Sr. *Guerin*, célebre Cirujano de Leon en Francia, que han escrito sabiamente sobre las enfermedades de ojos, han adoptado la doctrina del *Maestro Juan*. No obstante todo lo dicho, dice el Sr. *Bordenave*, que no cree que esta enfermedad sea invencible á los socorros de la Cirugía, y que las mismas consideraciones que hacen ver quan poco se debe esperar de la operacion ordinaria, y prescripta en todos los tiempos, le han empeñado à tener una conducta del todo diferente, por medio de la qual se puede esperar el corregir la deformidad, con el socorro del Arte, como se verá por las observaciones siguientes.

Un Joven de edad de veinte y un años tenia una ranversacion de la palpebra inferior del lado derecho, causada por la cicatriz de una quemadura en su niñez. El ranversamiento era considerable; la parte interna de la palpebra que estaba bastante protuverante, presentaba una rubicundez desagradable à la vista, è impedia que el ojo se cubriese. Exâminado el estado de las partes, y de la cicatriz, la encontró bastante flexîble, por lo que creyó poder curarle con la operacion, que hizo, segun las reglas prescriptas por los Autores. Pasados algunos dias, y establecida la supuracion, parecia estaba muy laxa la palpebra, pues cubria casi enteramente el ojo, por lo que creyó estár asegurada la curacion; pero estas apariencias le duraron poco tiempo, porque hecha la cicatriz, y no estando contenida la palpebra por el aparato, se volvió à poner en su primer estado. No estando convencido del defecto de esta operacion, creyó no haber cumplido exâctamente los preceptos del arte, y por consiguiente hizo segunda,

la

la que no fue mas afortunada. Desconfiado de curar este enfermo, por haber empleado con todo el cuidado posible los métodos comunes, y conocidos; y viendo que no podia alargar la palpebra, para ocultar la membrana interna ranversada, se persuadió debia limitarse à corregir la deformidad, y desde entonces formó el proyecto de cortar casi en toda su extension una porcion de la membrana que formaba eminencia entre la palpebra, y el globo del ojo, lo que fue muy útil. Poco tiempo despues haciendo alguna salida esta membrana practicó segundo corte, con el que obtuvo todo el suceso deseado, pues à proporcion que la cicatriz se iba formando, la palpebra se enderezaba arrimandose mas, y mas ácia el ojo; y en fin, éste se cerraba mucho mejor, y la deformidad apenas era sensible.

La inutilidad de la seccion del cutis de la palpebra, dice el Sr. *Bordenave*, me hubiera debido convencer à olvidarla para todos los casos semejantes, y el suceso de la segunda operacion deberia fixar mi atencion por un método que en reflexîonandolo parecia ciertamente mucho mas conveniente: pero tal es el imperio de la preocupacion, que se desiste dificilmente de las idéas fundadas sobre preceptos recibidos generalmente, y solo por las observaciones bien reflexîonadas, es por donde uno al fin se desengaña. Convencido por muchas, como la presente, de la inutilidad de la operacion ordinaria, y de la ventaja de la excision de la membrana interna, practicó esta última operacion en un muchacho que habia largo tiempo tenia una ranversacion de la palpebra inferior del lado izquierdo, causada por una quemadura: el suceso fue segun lo esperaba, y la deformidad sensiblemente corregida. Si se hace una comparacion de los efectos de la antigua opera-

ra-

racion, con los de la nueva, se reconoce desde luego la necesidad de la última. En el primer caso despues de hecha la cicatriz, la palpebra se volvió al estado en que estaba antes, la membrana interna hacía siempre la misma protuverancia, la deformidad quedaba la misma, y la operacion habia sido á lo menos inútil. En el segundo al contrario, siendo destruida una porcion de la membrana interna, la palpebra se endereza á proporcion que se va haciendo la cicatriz; y no siendo posible el alargarla, à lo menos se saca la ventaja de ponerla contigua à el ojo, y disminuir asi la deformidad. Este es el solo medio que hasta aqui se ha hallado para poner estas partes casi en el orden natural, y en el mejor estado posible. El Sr. *Louis* dice (d), que lo que el Sr. *Bordenave* ha executado con felíz suceso, él lo ha practicado del mismo modo, y con igual exîto. Uno, y otro han caminado sobre las huellas de *Marco Aurelio Severino*. Este hábil profesor de Anotomía, y Cirugía de Napoles, en su medicina eficáz, capitulo del Ectropio, da la descripcion de esta enfermedad despues de *Celso*, y no hace mencion de la incision propuesta por este Autor para remediarla; pero trae una observacion muy interesante relativa á nuestro asunto. Un Capuchino de Pouzzol, llamado el hermano Salvador, le sobrevino un carbunco en la palpebra inferior, cuya curacion dexó el globo del ojo descubierto, con tan grande deformidad que todos los Cirujanos de Napoles la tuvieron por incurable. *Marco Aurelio Severino* la remedió cortando el cerco entumecido de la membrana interna de la palpebra, y consiguió por esta operacion poner la parte casi en el estado natural. (e)

AR-

(d) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 5. vol. en 4.

(e) M. A. Severin. *de Medic effic.* part. 2. cap. 33. de Ectropio.

ARTICULO TREINTA Y UNO.

DE LA FISTULA LACRIMAL.

DEspues del Sr. *Heister*, los Cirujanos han trabajado mucho sobre la operacion de la Fistula Lacrimal. Los métodos de los Sres. de la *Forest*, *Mejean*, y *Palluci*, son bien conocidos; en general el del Sr. de la *Forest*, consiste en desobstruir las vias lacrimales con sondas introducidas por el canal nasal, y detergerlas por inyecciones hechas por medio de una canula, ò pequeña algalia que introduce, y mantiene introducida en el canal nasal; y quando hay abertura exterior en el saco lacrimal, pasar por el orificio inferior del conducto nasal un sedal que venga à salir por la ulcera: cita dos curaciones hechas por este método (a). El Sr. *Mejean* pasa un sedal por el punto lacrimal superior, en todo el tramite de las lágrimas, y le hace salir por la nariz, dexandole puesto hasta la perfecta detersion de las partes ulceradas (b). El del Sr. *Palluci* es esencialmente el mismo que el del Sr. *Mejean* con algunas modificaciones; y asegura este Autor, que hay muy pocas fistulas que no cedan á su método (c). Todos estos parecen ser convinaciones de los del Sr. *Anel*, y *Petit*.

Todo el mundo sabe que el Sr. *Anel* inyectaba, y sondeaba el conducto de las lágrimas por los puntos la-

(a) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 2. vol. en 4.
(b) Ibidem.
(c) Meth. Curand. fist. lacrimal. in 8. Vienne. 1762.

lacrimales ; pero habiendo observado el Sr. *Petit* (d) que no siempre las inyecciones, ni las pequeñas sondas introducidas por los puntos lacrimales, eran suficientes para quitar la obstruccion del canal nasal, principal causa de la detencion de las lágrimas en el saco de la fistula lacrimal, y demás desordenes que sobrevienen en estas partes, no dudó que haciendo una abertura en el saco lacrimal, è introduciendo por ella una sonda sulcada en el canal nasal, hasta la nariz, y por medio de ésta una candelilla, teniendo cuidado de mudarla todos los dias hasta conseguir la perfecta curacion, no dudó (vuelvo á decir) que en restableciendo por este medio el curso natural de las lágrimas impedido por la obstruccion de la abertura natural del conducto nasal, se disiparian los males que esta obstruccion habia producido. En efecto, la experiencia se lo confirmó en una infinidad de casos donde practicó este método.

Apenas fue este método conocido en Bolonia, quando fue impugnado por el Sr. *Molinelli*, pero con todos los respetos debidos à tan grande hombre; y no habiendo permitido la muerte à el Sr. *Petit* responder à esta impugnacion, la Academia Real de Cirugía de París por la estimacion que hizo siempre de tan ilustre miembro, encargó la respuesta à el Sr. *Bordenave*, el que alabando los respetos del Sr. *Molinelli* ácia el Sr. *Petit*, se propuso probar que el objeto del Academico de Bolonia no ha sido tanto criticar el método del Sr. *Petit*, como añadirle, y perfeccionarle (e).

No

(d) Acad. Real de las Cienc. de París, Mem. de los años de 1734. 1740. 1743. 1744. y 1745. Obras posthum. del Sr. *Petit* tom. 1. cap. 5. §. 3. pag. 304. y 305.

(g) Mem. de la R. Acad. de Cirug. de París, 2. vol. en 4.

No hizo lo mismo el Sr. *Heister* (f). Este dice positivamente que este método no aprovecha siempre, engañando comunmente à los Cirujanos, lo que asegura, de propia experiencia, diciendonos que él operó por mas de treinta años las fistulas lacrimales, que no eran de un carácter absolutamente malas por el mismo método, pero por un proceder mas simple, y menos complicado que el del Sr. *Petit*, en el que halla mucho que perfeccionar.

Todos estos métodos pueden tener, y han tenido efectivamente buen éxîto, pero es menester no generalizarlos para todos los casos; esta es la observacion del Sr. *Louis*, que ha valanceado juiciosamente las ventajas, y los inconvenientes de unos y otros, conviniendo de buena fè que el método del Sr. *Petit* no es útil en todas las fistulas.

El Sr. *Bertin*, Médico de la facultad de París, y de la Academia de las Ciencias, habiendo descubierto hallarse en muchas especies de Pajaros, y de Quadrupeos, una abertura ò canal que se abre inmediatamente del ojo à el saco lacrimal, para conducir alli las lágrimas, en lugar de los puntos lacrimales que no hay en estas especies, pregunta este Académico si el arte no podia imitar à la naturaleza en el caso de una fistula lacrimal que no puede ser curada por las injecciones, ni por las sondas de *Anel*, supliendo à los puntos lacrimales, una abertura practicada en el grande ángulo del ojo, y que abriendo el hueso unguis penetre directamente en la nariz. El Sr. *Bertin* cree que este método será mas seguro que todos los otros hasta ahora conocidos, donde el lagrimamiento dice es inevitable (g).

(f) Inst. Chirurg. part. 2. secc. 2. tom. 2. cap. 54.
(g) Acad. R. de las Cienc. año de 1766. hist. pag. 45. y 46. Mem. pag. 297. 302.

Muchos años antes que los Sres. *Lamonier*, y *Monró*, escribiesen el método de curar las fistulas lacrimales haciendo una abertura artificial en el hueso unguis, practicaba esta operacion en Madrid el Sr. *Rodriguez*, por cuyo método le ví curar muchas fistulas lacrimales en los diez últimos años de su vida, siempre que fuese la causa la obstruccion del conducto nasal, habiendo yo por este mismo método curado muchas, cuya obstruccion no habia podido vencer con las sondas, &c. siendo testigos de ésto algunos Cirujanos de esta Corte, y sé que por este mismo método las curan aquellos que fueron sus discipulos. Este consiste en hacer una solucion sobre el tumor formado en el saco, ò à dilatar el pequeño foramen si está (como muchas veces sucede) fistuloso, con las precauciones que nos aconseja el Sr. *Heister* en sus Inst. Chirurg. tom. 2. part. 2. sec. 2. cap. LIV. num. 11. y à romper, ò taladrar con un pequeño taladro muy semejante al punzon del Troycar, solo que ha de ser menos grueso, la parte posterior del saco, el hueso unguis, y la membrana interna de la nariz. Hecho esto, introduce en este agujero un clavo de hilas bastante duro, y algo mas grueso que el taladro ácia su cabeza, y de quatro á seis lineas de largo; despues se llena de hilas secas bien apretadas el saco, y se sostienen con sus cabezales, y vendage conveniente. Por este médio al levantar este aparato, que regularmente es à las 24. horas, se hallan el saco, y foramen bien descubiertos: se renueva el clavo con las atenciones dichas, y se ponen encima los lechinos con su digestivo sostenido todo con el vendage. El digestivo de que comunmente hacía uso este ilustre Práctico, y de que yo me sirvo en el dia, es una ligera mixtura de precipitado blanco en bálsamo de Arceo: se prosigue este método curativo hasta limpiar, ò deterger

ger el saco, curando despues en seco hasta que los bordes del agujero se hayan endurecido, y esté casi consolidada la abertura exterior del saco y cutis, lo que comunmente sucede à los quince, ò veinte dias de la operacion. En este tiempo se quita el clavo, y se pone sobre la abertura exterior un parche del emplasto de *Andrés de la Cruz*, ò de tafetan engomado, sostenido con sus cabezales, y vendage contentivo: pasados dos, ò tres dias se renueva este aparato, y si el parche está pegado de modo que las lágrimas no salgan por la solucion exterior, no se quita, y se vuelve à sostener con los cabezales y vendage, observando en todo lo que dixe arriba quando traté de las fistulas del canal de *Estenon*. Por este medio se consolida la abertura exterior del saco, y tegumentos comunes formando una sólida cicatriz, y las lágrimas que antes se detenian en el saco por la obstruccion del conducto nasal, pasan por la abertura artificial hecha al traves del hueso unguis, quedando siempre fistulosa por el continuo paso de las lágrimas. No obstante, el método del Sr. *Petit* es preferible siempre que se pueda destapar el conducto nasal, pero esto no se puede conseguir siempre, aunque debemos intentarlo antes de pasar à el método de perforar el hueso. El Sr. *Pouteau* (h) para evitar la pequeña deformidad que resulta de la abertura del saco hecha en la parte ordinaria en una moza que se resistió à ello, penetró el saco lacrimal prolongando una lanceta entre la caruncula lacrimal, y la comisura de las palpebras, y juzga este método preferible al de los Sres. *Mejan*, y de la *Foret*. El Sr. *Bertrandi* ha practicado, poco mas, ó menos la misma operacion (i).

(h) Melang. de Chirurg. pag. 92. y 108.
(i) Operat. de Chirurg. pag. 327. y 328.

ARTICULO TREINTA Y DOS.

DE LA CATARATA.

EL christalino oscurecido forma una indisposicion conocida con el nombre de catarata. La variedad de sistemas sobre el sitio, y naturaleza de esta enfermedad, ha sido la causa de caminar casi à ciegas en su curacion. Para establecer una verdad chirurgica, y apartarse de todo sistema nos debemos gobernar por la naturaleza: ésta debe ser nuestra escuela, y los fenómenos que alli observemos deben ser las solas lecciones que debemos recibir. Las disecciones anatómicas de ojos que antes habian padecido esta enfermedad, han sido las que nos han hecho conocer su sitio, y naturaleza. El Sr. *Genti* (a) persuadido de esta verdad, habiendo cegado algun tiempo antes de su muerte, mandó sus ojos al Sr. *Mery* para que pudiese sacar de ellos algun conocimiento útil la Sociedad.

Sin detenerme en las diferentes opiniones que han dividido los Griegos y Latinos, y todos aquellos que de un siglo à esta parte han defendido con teson su opinion; solo diré con el Sr. *Guerin*, que la catarata consiste en una opacidad del christalino; y que se da tambien el nombre de catarata à la membrana de su engaste oscurecida, y à el humor de morgañi de que está irrorado quando ha perdido su transparencia; de que resultan tres especies de cataratas, la del christalino, la de la menbrana de su engaste, y la del humor de morgañi.

Se-

(a) Mem. de la Real Acad. de las Ciencias año de 1713.

Señalar la causa que hace perder al christalino su trasparencia, es muy dificil. Este en su estado natural y recien sacado de su Capsula es un humor de naturaleza de los sucos albuminosos en el que no se conoce ningun principio de organizacion; pero disecado parece estár compuesto de muchas láminas esféricas puestas unas sobre otras. Siempre que esté bañado de un licor capáz de comunicarle un alimento analogo à su sustancia, y que la disposicion de sus poros dexen paso libre à este licor nutritivo, el christalino debe de conservar su trasparencia; pero si estas qualidades tan necesarias para una libre circulacion faltan, el christalino se obscurece. Esto sucede por obstruirse ó estrecharse sus poros, efecto de la vejez ó de otra qualquiera causa; ò porque el licor destinado à ser recibido se detiene estrechando los poros por su acrimonía, ù obstruyendolos por su crasitud. Es tan necesaria la circulación de los humores en el christalino, que por su defecto se deseca, se espesa, y pierde su trasparencia. Las causas remotas de este oscurecimiento que pueden obrar sobre el christalino, membrana de su engaste, y humor de morgañi son muchas, y dificiles de señalar. Generalmente se las halla en las diferentes deprabaciones de los humores, y en el principio de qualquiera vicio particular. Las inflamaciones disipan el humor de morgañi, desecan las fibras del christalino, y engruesan su membrana: un golpe en el ojo causa casi siempre estos efectos.

Las señales de la catarata se diferencian segun su estado. Convendrá describirlas por el orden que se presentan desde el principio de la enfermedad hasta su último periodo. Formandose la obstruccion por grados, ordinariamente la catarata empieza à manifestarse por algunos ligeros sintomas, que son como presagios; la dis-

disminucion de la vista no se conoce en el principio; pero en este tiempo le parece al enfermo ver delante de sí cantidad de átomos, ù otros cuerpecillos imaginarios, como mosquitos, ò telas de araña, que se mueven delante de su ojo, segun los movimientos del globo. Este síntoma solo es sensible al enfermo, y el ojo conserva aun su trasparencia; pasado algun tiempo vé los objetos imperfectamente, y à proporcion que la catarata se aumenta siente mayor impedimento en la vista, hasta que poco à poco se halla del todo abolida, conservando no obstante las mas veces un cierto resplandor que le hace distinguir la luz de la obscuridad, y en lugar de verse la pupila de un negro brillante, se nota un velo obscuro que no es otra cosa que el mismo christalino, que habiendo perdido su trasparencia no permite ver al través de la pupila el fondo del ojo que es naturalmente negro. El orden en estas señales jamás falta, pero el tiempo de succederse las unas à las otras varía mas, ò menos segun la disposicion del enfermo, y la causa que produce la catarata. Yo he visto enfermo que en quince dias perdió casi del todo la vista, y en otros han pasado algunos años desde los primeros síntomas hasta su total obscurecimiento.

El pronostico de la operacion de la catarata dependia otras veces quando se hacía por depresion, ò abatimiento de un gran número de circunstancias que siempre le hacian dudoso. Los que estaban limitados à este método le sacaban de la antiguedad de la catarata, de su consistencia, de su extension, y de su color, por lo que hallamos en los Autores la division de catarata en verdadera, falsa, y mixta, y de aqui el gran número de clases, como la lacticinosa, cetrina, verde, amarilla, y negra; pero en el dia que con una sufi-

cien-

ciente incision se llega hasta el sitio de la catarata para extraherla de qualquiera clase que sea, las divisiones, y nomenclaturas son inútiles, y el pronostico es casi siempre ventajoso, à menos que no esté acompañada con otra indisposicion dificil de curar, como glaucoma, gota serena, vasos varicosos en la conjuntiva, ò en la cornea, y dolores. En estos casos sería imprudencia empreender la operacion, exponiendose à un mal exîto sin conseguir el fin: pero se puede prácticar siempre que no esté complicada con otra enfermedad peligrosa de qualquier color, edad, y consistencia que sea.

El mas funesto de los síntomas que pueden acompañar la catarata, y que hasta ahora ha obligado à abandonar la operacion, es quando el enfermo no vé nada de luz. No obstante à este principio verdadero en sí se le ha dado mucha extension, y la experiencia ha enseñado que esta regla padece excepcion. Se puede, dice el Sr. *Guerin* (b), emprehender la operacion de la catarata, y esperar su buen éxîto en muchos casos en que el enfermo que padece esta indisposicion no ve rayo alguno de luz; pues aunque han creido muchos que la perfecta obscuridad sólo dependia de la gota serena; las observaciones han hecho ver al Sr. *Guerin*, que la total obscuridad puede depender de otras muchas circunstancias que no son obstáculos invencibles. Sabemos, dice este práctico, que la posicion del christalino sano, ù opaco en el estado natural es tal que no cubre del todo el agujero de la pupila, y que no correspondiendo su volumen à la extension de ésta, los rayos luminosos pasan al rededor de su circunferencia

(b) Ensayo sobre las enfermedades de los ojos, art. 2. secc. 2. pag. 329.

cia en cantidad bastante para hacerse sensibles en el fondo del ojo, y pintar alli algunas veces los objetos presentados de lado; pero no siempre sucede esto asi, porque puede haber un defecto de proporcion entre la abertura de la pupila, y el christalino oscurecido, ya sea porque aquella se estreche, porque éste haya aumentado de volumen, ò porque la membrana de su engaste haya formado adherencia à la Uvea. En estos tres casos no habrá el intervalo circular al rededor del christalino, el paso de los rayos luminosos será interceptado, y la ceguera perfecta. Este estado no se debe confundir con el de la catarata acompañada de gota serena: los medios de distinguirla son los siguientes.

El defecto de proporcion entre la extension de la pupila, y el volumen del christalino puede depender del estrechamiento de la primera. Se sabe que los movimientos de la pupila, por los quales se contrahe y se dilata, dependen de pequeñas fibras de la Uvea, que unas son circulares, y hacen el oficio de esfinter causando el estrechamiento quando se contrahen, y las otras están en forma de rayos que van del centro à la circunferencia, cruzando à las primeras; y su contraccion forma la dilatacion. Las primeras son musculosas, y las segundas solo son elásticas y muy delgadas; y obedecen finalmente à la contraccion de las circulares, causando solo por su elasticidad la dilatacion de la pupila quando han cesado de obrar las circulares. El estrechamiento de la pupila es un estado forzado, pues depende de la contraccion continua de las fibras circulares (c).

Es-

(c) El Sr. *Demour*, famoso oculista ha probado esta verdad en una disertacion inserta en las Memorias de la Acad. de las Ciencias de Paris, aunque antes habia sido insinuada por *Anguilonius*, que dice: *Opt. lib.* 1. *prop.* 17. *Constrictio pupillæ dolorem infert, dilatatio vero anodina est.*

Esta contraccion tan necesaria para disminuir la cantidad de los rayos luminosos en un tiempo muy claro, puede ser enfermedad: en este caso, en lugar de una contraccion moderada, y proporcionada à la necesidad, se forma un estrechamiento total, cerrandose del todo la pupila, el qual produce una enfermedad particular, de la que no trato aqui; sí solo de un simple estrechamiento que quita el intervalo circular por donde pasan los rayos luminosos en el estado natural. Este estrechamiento puede depender de la contraccion de las fibras circulares de la Uvea, que reconoce por causa la presencia del christalino muy voluminoso, que apoyandose contra estas fibras las hace contraher, todo lo que puede irritar los nervios, ocasionar combulsion y contraccion, el efecto de una constitucion natural, el uso por largo tiempo continuado de mirar objetos muy voluminosos, y luminosos, ò una cicatriz en la uvea de resulta de alguna ulcera. En semejante estrechamiento la pupila está inmovil, y solo se vé el centro del christalino, y en el caso de gota serena la pupila está dilatada, y la circunferencia del christalino es visible.

Si el estrechamiento depende de la irritacion aumentada por la presencia del christalino, el solo remedio será la extraccion de éste. Si viniese de la causa general de las convulsiones; las sangrias, los baños, el suero, y todo lo que puede calmar el eretismo se debe practicar antes de la operacion. Si fuese efecto de una constitucion natural, ò de la mucha continuacion en mirar objetos muy luminosos, se debe emprehender la operacion; pero si la estrechez de la pupila depende de alguna cicatriz, no pudiendo salir con facilidad el christalino, se hará una pequeña incision en la parte del Iris que forma el estrechamiento. En fin, la

membrana del engaste puede interceptar el paso de los rayos luminosos, y hacer la ceguera perfecta: en este caso, la pupila está un poco contraida, inmovil, y desigualmente redonda.

Estos síntomas difieren mucho de los de la catarata acompañada de gota serena para poderlos equivocar; pero es menester no confundir la opacidad de esta membrana con la membrana propia del christalino que igualmente se oscurece. Tales son los medios de conocer las enfermedades del ojo, que tienen el carácter de la gota serena. El estrechamiento de la pupila, la aumentacion del christalino, el engruesamiento, y la adherencia de la membrana del engaste pueden encontrarse à un mismo tiempo en un ojo; la operacion es mas complicada, pero el suceso en manos diestras no debe ser incierto: todo consiste en distinguir bien estos diferentes casos de la catarata acompañada de gota serena con la que sería igualmente fácil, y peligroso el confundirlos. Ultimamente, el pronostico de la catarata, siempre que no esté acompañada de accidentes, ò enfermedades que se puedan oponer al éxito de la operacion, es simple y ventajoso.

Dos medios conocian los antiguos de curar la catarata: los medicamentos, y la operacion. *Celso* (d), *Hildano* (e), *Aquapendente* (f), y *Riverio* (g) dicen, es muy posible curar una catarata en su principio por el uso de los remedios. El Sr. *Lamoine* (h), Médico de París, nos da noticia de algunas curaciones conseguidas por

(d) Lib. VII. cap. 7.
(e) Epist. LXIX.
(f) Oper. Chirurg. cap. de Suffus.
(g) Praxis med. lib. XI. cap. 4.
(h) En una thesis sostenida en París, año de 1728.

por el uso de las cochinillas. En el dia solo se emplean los remedios para preparar los enfermos à la operacion teniendolos casi por inútiles para su curacion. No obstante alguna vez se ha visto curar alguna catarata venerea por medio del mercurio. Yo creo no puede ser dañoso el uso de los remedios que se consideren capáces de combatir la causa, pues nos pueden asegurar del éxito de la operacion. *Galeno* nos da este precepto: *neminem pungi debere ante humoris peccantis vacuationem* (i). Los métodos que se han empleado hasta el dia para operar la catárata son dos: la depresion, y la extracion. El primero es casi tan antiguo como la Cirugía, pero se ignora el nombre de su inventor. El Sr. *Petit*, el Médico de la Academia de las Ciencias de París, señala su época en tiempo de *Erophilio*, y de *Erasistrato*, que florecieron en Egypto, baxo del Reynado de *Ptolomeo*, *Soter*, y *Philadelphio*. El segundo es de nuestros dias, y es el único de que se vale la buena Cirugía.

El primero consiste en introducir una aguja del lado del ángulo pequeño en la cornea opáca à dos lineas de distancia de la trasparente, à fin de desalojar el christalino de su sitio natural, y situarle entre la parte baxa del humor vitreo, y la Uvea. Los prácticos reconocen, que este método tiene muchos inconvenientes. Primero, es absolutamente necesario que el christalino haya adquirido bastante consistencia para que la aguja pueda moverle y desalojarle, y siempre que el operador se engañe en la consistencia del christalino, se divide éste en muchos pedazos, que es impósible deprimirlos con la aguja, los que quedando flotantes à una y otra parte incomodan mas que la continua ce-

(i) Lib. I. de *Elementis*.

guera causada por la catarata; otras veces este humor está liquido, se mezcla con el aquoso, y le enturbia. El tiempo necesario para adquirir esta consistencia no se puede regular por la antigüedad de la catarata, pues se han visto algunas que en muchos años no han adquirido el grado de solidéz necesario, y viceversa. Segundo, el Iris se puede herir con la aguja, y ocasionar una pequeña efusion de sangre. Tercero, la catarata puede pasarse por el agujero de la pupila à la cámara anterior, y causar algunos desordenes. Quarto, aunque la catarata esté bien deprimida puede volver à subir, pues no se puede concebir como el christalino ha de quedar inmovil en aquel lugar en que la aguja del operador le ha situado, quando el sugeto operado está obligado à toser, escupir, y estornudar, sabiendose que el solo movimiento de los ojos se opone al buen éxito de la operacion. Quinto, el christalino por su peso puede causar dolores, inflamaciones, y desunir el cerco ciliar; sobre todo si su situacion es tal que su borde se presenta del lado de este cerco, y que el humor vitreo le obligue à hacer esfuerzo contra él. Sexto, la aguja puede por su intermision, y por los diferentes movimientos necesarios para abatir y desalojar el christalino dislacerar las celulas del humor vitreo, y resultar inflamacion, densidad, y espesura en las membranas que componen estas celulas. Septimo, los fragmentos complican mucho esta operacion, y son capáces de impedir el buen éxito. Los mismos que la practican, no ocultan estos inconvenientes, como se vé por las observaciones del *Maestro Juan* en su tratado de las enfermedades de los ojos.

Convencido el Sr. *Daviel* por su propia experiencia de la variedad de circunstancias, y poco suceso que acompañan la depresion del christalino, se determinó à

à reducir à método la operacion que hizo en un enfermo, cuyo christalino habia pasado à la cámara anterior, à exemplo de las que practicó el Sr. *Saint-Yves* en 1707, y en 1716, y à la que en 1708 hizo el Sr. *Petit* (j). Este método consiste en hacer una suficiente incision en la cornea para extraher el christalino. Sin procurar disminuir el mérito del Sr. *Daviel*, sabemos que esta operacion habia sido ya indicada. El Sr. *Mery* célebre Cirujano habló de ella antes muy por extenso (k), y el Sr. *Morgañi* quiere dar à entender que el método del Sr. *Mery* fue señalado diez y ocho años antes por *Wepfer* (l). Todo esto es succeptible en las ciencias. La mayor parte de los hombres famosos no merecerian nuestro elogio, si sus predecesores no hubiesen labrado el terreno poniendolos en estado de cultivarle. El christalino muchas veces dislocado, y colocado entre el Iris, y la cornea trasparente estaba demostrando el camino que enseñaba la naturaleza para dar salida à un cuerpo que ya era estraño por su opacidad; pero todos han estado sordos à esta lengua muda. Los Sres. *Saint-Yves*, y *Petit* se contentaron con recurrir à la sola incision de la cornea quando el christalino estaba situado en la cámara anterior, y el Sr. *Mery* solo lo habia propuesto. Estaba reservada al Sr. *Daviel* la gloria de hacerle un método general, poniendole en práctica en todos los casos: en efecto, el christalino envuelto en su membrana, y puesto en su sitio natural, es desprendido y extrahido por el método del Sr. *Daviel*, el que fue presentado por

(j) Mem. de la Acad. Real de las Cienc. de Paris, año de 1708.
(k) Mem. de la R. Acad. de las Cienc. de Paris, año de 1707. p. 509.
(l) *Morg.* Epist. Anatom. XIX.

por este hábil Oculista à la Real Académia de Cirugía de París; y es del modo siguiente (m).

Preparado el enfermo, segun el método ordinario, y determinado el dia para la operacion, se dispone el aparato, que consiste en vendas, compresas, pequeños pedazos de lienzo fino, esponjas, algodon en rama, agua y vino calientes. Los instrumentos de que se sirve el Sr. *Daviel* son, una aguja puntiaguda cortante y semicorva en figura de lanzeta destinada para hacer la primera abertura: otra roma cortante, y tambien semicorva para dilatar la misma abertura; dos pares de tixeras corvas, y convexas: una pequeña espátula de oro, plata, ò azero, ligeramente corva para levantar la cornea: otra pequeña aguja puntiaguda, y cortante à los lados para abrir la membrana, que cubre anteriormente el christalino: una cucharita de oro, plata, ò acero para facilitar algunas veces la salida del christalino, sacar los fragmentos de este cuerpo, que pueden quedar en el orificio de la pupila, ò mas posteriormente, ò para separar, y extraher una especie de materia cretacea, que suele adherirse à la membrana que le une al humor vitreo, que la quita su trasparencia, aún despues de extrahido el christalino; ultimamente unas pequeñas pinzas para extraher las porciones membranosas que puedan presentarse. Todos estos instrumentos se colocarán por su orden en un plato que tendrá un Ayudante en sus manos, y cuidará de irlos presentando al Cirujano segun tenga necesidad de usarlos.

Estando todo dispuesto se pondrá el enfermo en un quarto medianamente claro, à fin que la demasiada luz no haga constriñir la pupila, y penetre en el ojo

(m) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 2. vol. en 4.

ojo con demasiada fuerza despues de la operacion. Sentado el enfermo en una silla baxa, y el operador en otra mas alta delante de él, à fin de apoyar los codos en sus rodillas, y cubierto el otro ojo con una venda, un Ayudante colocado detras del enfermo pondrá una mano sobre la frente alargando dos dedos hasta la palpebra superior, y la otra debaxo de la barba: el Cirujano baxa la palpebra inferior, toma la primera aguja, y la introduce en la cámara anterior cerca de la esclerotica evitando herir el Iris, y la lleva hasta encima de la pupila; despues la retira con suavidad, y toma la aguja obtusa con la que dilata la incision principiada dirigiendola à la derecha, è izquierda para abrir la cornea en forma de media luna, y como la cornea se halla entonces algo floja, el Cirujano toma las tixeras corvas y convexas, è introduciendo la rama obtusa entre esta membrana, y el Iris, acaba el corte de uno y otro lado un poco por encima de la pupila. Se debe observar que la convexîdad de las tixeras corresponda al globo del ojo, para lo que ha de haber dos pares de tixeras, para acomodarse à la redondez de la cornea de uno y otro lado.

Despues toma el Cirujano la pequeña espatula, levanta con ella suavemente la porcion de la cornea que ha sido cortada, y con la pequeña aguja puntiaguda y cortante hace una pequeña incision en la membrana del christalino. Algunas veces está greusa, y arrugada esta membrana, y es necesario cortarla circularmente, y sacarla entera con las pequeñas pinzas para que no tape la pupila. Despues de haberla cortado se introduce con cuidado la pequeña espatula entre el christalino, y el Iris para desprenderle del todo y facilitar su salida: hecho esto, se dexa caer la cornea para concluir la operacion. Aqui es quando el Cirujano

no necesita de toda prudencia, pues se trata de quitar el impedimento que no dexa ver, para lo que se comprime suavemente el globo del ojo sin fatigarle, por evitar la rotura de la membrana del engaste del christalino que sirve de dique, è impide la salida del humor vitreo: con esta ligera compresion se vé con satisfaccion dilatarse poco à poco la pupila, y presentando su canto el christalino resbala con suavidad en la cámara anterior, y de aquì sobre la mexilla.

El Sr. *Daviel* confiesa no está libre esta operacion de algun accidente: en efecto puede suceder una efusion del humor vitrio, el Iris puede ser herido, y salir por la incision de la cornea y formar Estafiloma. Estos ligeros accidentes son de poca consequencia respecto los que acompañan à la depresion del christalino. La efusion de una pequeña parte del humor vitreo es de poca consideracion, pues con facilidad es regenerado, y la experiencia enseña, que los que perdieron una porcion de este humor en la operacion no han padecido lesion en la vista (n). No ostante se debe procurar siempre evitar este accidente haciendo la menor compresion que sea posible sobre el ojo. La herida del Iris no es peligrosa, y si de ésta resulta una efusion de sangre, con facilidad sale por la abertura de la cornea; si forma Estafiloma siendo en el principio antes que haya adquirido adherencia, es fácil reducirle, pero si ya la ha adquirido se le podrá disipar con los colirios desecantes, resultando solo una deformidad

(n) A el Cura Parroco de S. Sebastian de esta Corte quando lo era de Santiago, le hizo la operacion de la catarata por extraccion en los dos ojos, D. Agustin Navarro (à quien he visto hacer muchas con todo primor y facilidad), y aunque le salió una gran porcion del humor vitreo de un ojo no ha padecido lesion en la vista, viendo con él igualmente que con el otro.

dad en la pupila. Este medio de operar es segun todos los prácticos susceptible de correccion, y el mismo Sr. *Daviel* le ha corregido en una Memoria que leyó à la Academia Real de Cirugía de París en 1761, supliendo muchos instrumentos, y haciendo que la seccion de la cornea fuese triangular en lugar de la medio circular que practicaba antes.

Convencidos los Cirujanos de la ventaja de la operacion de la catarata por extraccion, la han procurado simplificar y perfeccionar. Muchos prácticos de reputacion han entrado en litigio, y han presentado diferentes medios. El Sr. *Sigward* (o) ha propuesto para perfeccionar el método del Sr. *Daviel* hacer una incision trapezoïde; esto es, que despues de haber roto la cornea con la aguja mirtiforme del Sr. *Daviel* quiere se finalice la incision con un golpe de tixera de cada lado. Estas tixeras deben ser rectas y obtusas. El Sr. *Martin* en una thesis sostenida en las Escuelas de Cirugía de París el año de 1759: *De variis cataractam extrahendi modis*, vindica la ventaja de haber propuesto esta seccion particular en favor del Sr. *Garengeot*. El Sr. *Palluci* propuso hacer la incision de la cornea con un solo instrumento, y quiere ser el primero que lo ha indicado. Este es compuesto de tres partes principales, à saber: de un mango taladrado, de una aguja, y de una hoja ò cuchilla con una cola bastante larga. La aguja es sulcada, y aplanada especialmente cerca de su punta, está fixa en el extremo del cabo, y la oja, ò cuchilla está encerrada en el mismo cabo sirviendola éste como de vayna, el extremo de la

(o) *Thesis de Medicina* año 1752. *an in cataratâ potior lentis chrystalinæ extractio per incisionem in cornea quam depressio per acum.* Otra Thesis de Medicina, *de cataratæ extractione ulterius perficiendâ*, año 1762.

chilla sale por la extremidad opuesta del cabo en donde está fixa la aguja, este es quadrilatero para que se mantenga firme, y no pueda vacilar en la vayna.

El modo de servirse de este instrumento es el siguiente: fixado el ojo, y palpebras con un *speculum*, se introduce la aguja sulcada en la cornea trasparente del lado del pequeño ángulo, un poco por encima de una linea que atravesaria el ojo en su medio; se la dirige por la cámara anterior hasta que la punta salga al lado opuesto: entonces se quita el *speculum*, y el Ayudante Cirujano que está situado detrás de la cabeza del enfermo se hace dueño de la palpebra superior: al mismo tiempo el operador baxa la inferior, y con el dedo pulgar empuja la cola de la cuchilla dandola una direccion paralela al plan del Iris, y haciendola correr por la renura de la aguja, corta de un lado à otro toda la cornea, de donde resulta una incision en figura de media luna. Despues con la punta de este instrumento se rompe la capsula del christalino. Tambien propone un pequeño instrumento, que dice es muy cómodo para quitar esta membrana quando está opáca. Las ventajas que el Sr. *Palluci* halla en su instrumento son la solidéz, y seguridad con que se opéra, y la figura de la incision. En efecto, por medio del *speculum* que sujeta las palpebras, y el ojo en un tiempo en que la compresion no es aun peligrosa, y de la aguja que le atrabiesa, está esento de todos los movimientos prontos, è involuntarios que experimenta mecanicamente el ojo á la aplicacion de qualquiera cuerpo, el corte de la cornea se hace con toda la posible seguridad, y siendo el instrumento solo cortante por un lado (à excepcion de la punta) aumentandose su anchor por grados, y dirigiendose su corte del lado de la parte inferior de la cornea, resul-

sulta una incision de figura de medio arco.

El Sr. *La-faye* presentó à la Academia Real de Cirugía de París un instrumento para sustituir à los quatro primeros del Sr. *Daviel.* Este es un bisturí muy delgado, y mas angosto que los ordinarios, cuya oja es algo convexa sobre su plano, à fin de apartar su punta, del Iris al pasarla por la cámara anterior, cortante solo por un lado, exceptuando la punta, que lo es de los dos, y fijo en su mango que es de tres dedos poco mas, ò menos de largo, y como de tres lineas de grueso. El modo como el Sr. *La-faye* se sirve de este instrumento es el siguiente: sentado el enfermo en una silla à la luz, y el operador en otra, como queda dicho, un Ayudante levanta la palpebra superior, el operador baxa la inferior con el dedo indice, y al mismo tiempo aplica el extremo del dedo de enmedio de la misma mano en el ángulo mayor sobre el globo del ojo con el fin de sujetarle: despues introduce la punta del bisturí (que tiene en la otra mano, cogido como una pluma de escribir) en la cornea trasparente à media linea de distancia de la cornea opáca al lado del pequeño ángulo del ojo, de modo que la convexîdad del bisturí corresponda al Iris: despues se atraviesa la cámara anterior, y se penetra la cornea trasparente en el lado opuesto à una igual distancia de la cornea opáca, è inclinando un poco ácia la parte anterior el corte del bisturí, se hace una incision semicircular al sesgo de arriba à baxo, que comprehenda toda la porcion de la cornea inferior, y que sea suficiente para dar paso al christalino.

Además de este instrumento propone otro que reune los dos del Sr. *Daviel* para levantar la cornea, y romper la membrana del christalino, llama à este instrumento *Kist-itomo*, y se parece à un pharingo-

 to-

tomo, solo que es mucho mas pequeño en todas sus dimensiones, y algo convexo sobre su plano. Con la extremidad de la vayna de este instrumento se levanta la cornea, y se hace una incision en la parte inferior de la membrana del chrystalino, empujando el resorte que mueve la pequeña lanceta, que está contenida en la vayna saliendo solo lo suficiente. Las ventajas del uso de estos instrumentos son patentes, y en efecto la operacion es mas pronta, y menos complicada.

Poco tiempo despues el Sr. *Poyet* propuso à la misma Academia otro instrumento, cuya oja afirmada en su mango tiene dos dedos de larga, es de figura de lengua de serpiente cortante de los dos lados hasta su mitad, con una pequeña abertura cerca de su punta para dar paso á un hilo: despues de haber atravesado con él la cornea, como con el del Sr. *La-faye* se saca el hilo de la abertura del instrumento con un pequeño anzuelo, y se juntan los dos estremos del hilo que forman una asa, que sosteniendo el globo del ojo, le sujeta, è impide que siga los movimientos que son regulares quando se corta la parte inferior de la cornea: con esta misma asa se levanta, y sostiene ésta despues de cortada para hacer las incisiones suficientes en la membrana del christalino para desprenderle.

El Sr. *Sharp*, Cirujano Inglés: el Sr. *Tenon*, de las Reales Academias de Cirugía, y de las Ciencias de París: el Sr. *Tenhaaf*, Cirujano Olandés, y el Sr. *Wincel*, Cirujano de mucha reputacion en París, han operado con instrumentos que difieren poco los unos de los otros, y que se parecen mucho al del Sr. *La-faye*. Todos son unas cuchillas firmes en sus mangos mas, ò menos largas y anchas, destinadas à cortar de un solo golpe la cornea.

El Sr. *Berenger*, Oculista de París, ha inventado dos

dos instrumentos para sujetar el ojo, y otro para hacer la incision de la cornea: los dos primeros son un garfio obtuso que sirve para sostener el parpado superior, y una herina doble, que sirve para baxar el parpado inferior, y sujetar el ojo prendiendola en la conjuntiva cerca de la parte inferior de la cornea: el otro instrumento difiere poco el del Sr. *Palluci*, y yo no sé à quien atribuir la invencion. El Sr. *Martin* fue el primero que habló de él en los escritos públicos en 1759, y la obra en que el Sr. *Palluci* le describe está impresa en 1763; pero en ella asegura hacía muchos años le habia enviado al Sr. *Morand* que le presentó à la Academia de Cirugía de París. Este instrumento excepto la punta, solo es cortante de un lado, del que no lo es, está tirado linea recta, pero del lado cortante despues de haber formado la punta algo larga, se va aumentando su anchor por grados, de modo, que su parte mas ancha equivale à la mitad del diametro de la cornea, por cuyo medio, para dividirla basta la introduccion del bisturí de un lado à otro, sin que se siga derramamiento del humor aqüoso hasta el fin de la incision, porque el instrumento ocupa exâctamente toda la herida, sin que se ocasione concusion alguna en el globo. Esta ventaja es grande, y como la parte mas delicada de la incision se hace en lo baxo de la cornea, importa que al tiempo que se executa esté el ojo inmovil: esto se consigue luego que el instrumento le ha atravesado no pudiendo entonces volverse à lado alguno.

El Sr. *Pamard*, Cirujano muy ilustrado, ha inventado dos instrumentos para la operacion de la catarata; éstos son una cuchilla semejante à un apostemero fixa en su mango, y cortante solo de un lado, y un punzon fixo tambien en su mango con dos pequeñas

emi-

eminencias à una linea de distancia de su punta. Este punzon que parece hace la mas grande particularidad en el modo de operar del Sr. *Pamard*, es de grande utilidad, y atendiendo à que siempre es puesto del lado del grande ángulo, tiene una convexìdad proporcionada à recibir la eminencia que forma la nariz. Para hacer la operacion se toma cada instrumento en su mano: por exemplo si se opera el ojo izquierdo se debe tener en la mano derecha el instrumento cortante, y en la izquierda el punzon, y cogidos uno, y otro como si fuese una pluma para escribir, se ponen à un mismo tiempo, y por un solo movimiento sobre la cornea trasparente cerca del cerco ciliar; de este modo se halla el ojo de un solo golpe asido de modo, que no se puede volver: en esta situacion se continúa moviendo el instrumento cortante ácia el punzon que es la que hace el punto fixo, se atraviesa sin obstáculo la cámara anterior, y la cornea se halla cortada por ser el ancho de la cuchilla proporcionado à la seccion que se debe hacer: acabada la incision el instrumento cortante sale del ojo por la abertura que él mismo se ha hecho, y el punzon faltandole con esta incision el punto de apoyo sale igualmente del ojo quedando éste suelto. En esta operacion están ocupadas las dos manos del operante por lo que el Sr. *Pamard* hace que un Ayudante situado casi al lado del enfermo, coja con los dedos de cada mano la palpebra superior è inferior, y las lleve sobre el borde huesoso de la orbita sin tocar en modo alguno al globo del ojo por no comprimirle, y concluye la operacion con el método ordinario.

Ultimamente el Sr. *Guerin*, Cirujano del Hospital de Dios de Leon en Francia, inventó otro instrumento para la operacion de la catarata: es muy semejante al

al del Sr. *Pamard*, y se propone las mismas ventajas, solo difiere en que éste reune los dos instrumentos en uno, del mismo modo que lo están las dos ramas de un compas, siendo desde la mitad ácia el punzon, y cuchilla algo convexo para acomodarse à la concavidad de la orbita: su uso es el mismo que el del Sr. *Pamard*. Tal es la variedad de los medios de operar propuestos para la seccion de la cornea, pero no traen todos una igual ventaja. Todos convienen (vuelvo à decir) en que el modo de operar del Sr. *Daviel* es suceptible de reforma, y esto es lo que han procurado hacer, proponiendo los diferentes instrumentos de que acabo de hablar. El gran número de éstos, y el largo siempo que se necesita para servirse de ellos ha parecido un gran defecto, porque las diferentes maniobras practicadas con ellos en un organo tan sensible, y tan movible como el ojo, no pueden dexar de alterarle, y disponerle à una inflamacion. Por esta razon entre todos los métodos propuestos el que he usado, y visto usar con felicidad, y buen éxito en esta Corte à D. *Agustin Navarro* y otros, es el siguiente.

Los instrumentos de que me he valido son el bisturí del Sr. *Berenger* para hacer la seccion de la cornea, el Kistitomo del Sr. *La-faye*, para levantar la cornea, y romper la capsula del christalino en las cataratas causadas solo por la opacidad de éste. Estos instrumentos bastan; pero si el humor de morgañi está alterado de modo que haya perdido su trasparencia, ò la membrana del engaste del christalino está obstruida, y adherente à la Uvea, en este caso para sacar aquel me sirvo de la cucharilla, ò espatula del Sr. *Daviel*, y para estraher ésta, de unas pequeñas, y agudas pinzas; para sujetar el ojo, quando sus movimientos son

muy

muy continuados del garfio, y herina del Sr. *Berenger*, que rara vez son necesarios. Prevenido todo esto, agua rosada, ò el agua vegeto mineral del Sr. *Goulard*, unas compresas quadradas de diferentes tamaños, y una venda de dos, ò tres varas de largo: elegido un dia claro y sereno, se sienta el enfermo en una silla de media vara de alto, y se le cubre el ojo sano con una venda, se pone detras del enfermo un Ayudante de pie derecho encima de otra silla de igual altura à la del enfermo, y poniendose una almohada encima del vientre, y pecho arrimará à sí la cabeza del enfermo de modo que esté ésta derecha, y comodamente situada sobre la almohada: el Operador se sienta delante del enfermo en una silla mas alta que la de éste, metiendole entre sus piernas; en esta situacion hace que el Ayudante levante la palpebra superior con dos dedos de una mano puesta por encima de la frente, y con la otra sujete la cabeza del enfermo sosteniendola por la barba, el Operador baxa la palpebra inferior con el dedo indice, y pone el extremo del dedo de enmendio en el ángulo mayor sobre el globo del ojo con el que sujeta, è impide su demasiado movimiento, y tomando en la otra mano el bisturí como se toma una pluma para escribir, y apoyando los otros dos dedos de la misma mano en la parte externa, y superior del pómulo cerca del pequeño ángulo, dice al enfermo le mire rectamente, y en este instante introduce la punta del instrumento en la cornea por el lado del ángulo pequeño enfrente de la pupila à media linea de distancia de la esclerotica, y afirmando bien el ojo con el extremo del dedo que está en el ángulo mayor, atraviesa con el instrumento la cámara anterior, y penetra la cornea en el lado opuesto à una igual distancia de la esclerotica, entonces quita el extre-

tremo del dedo del ángulo mayor, y continúa empujando el instrumento hasta que su punta salga algunas lineas fuera de la cornea, con lo que se halla ésta enteramente cortada en forma de media luna: despues se levanta la porcion cortada de la cornea con la extremidad de la vayna del Kistitomo, se introduce ésta en el agujero de la pupila para romper la membrana del christalino con la punta de la lanceta, que hasta entonces ha estado oculta en su vayna, haciendola salir empujando el resorte con el dedo pulgar: luego que está rota esta membrana, el christalino se adelanta ácia la pupila, ésta se dilata, y le da paso, especialmente si se favorece su salida por una ligera compresion sobre el globo del ojo. Estas compresiones deben ser muy ligeras si se quiere evitar la rotura de la membrana posterior del christalino, que sirve de dique à el humor vitreo.

Alguna vez la membrana del christalino se puede quedar dentro despues de la extraccion de éste; pero como no tiene casi adherencia à parte alguna, sale con facilidad haciendo alguna compresion sobre el ojo, ò à lo menos se presenta para salir, y se la extrahe facilmente con las pequeñas pinzas sin hacer el menor esfuerzo; mas no se ha de confundir la opacidad de esta membrana propia del christalino con la opacidad de la membrana que forma el engaste de éste. El humor de morgañi estando alterado, ù oscurecido no siempre sale con el christalino por mas precauciones que para esto se tomen, y para extraherle es necesario hacerlo con la pequeña cucharilla, y algunas veces que está algo coagulado es menester servirse de las inyecciones: otras veces este humor conserva aún su trasparencia en el tiempo de la operacion, pero se suele alterar algunos dias despues, y entonces

forma una nueva catarata: en este caso, el mejor partido que se puede tomar es el de levantar la cicatriz que aún está imperfecta, y extraherle por los medios dichos, si él por sí no saliese.

En fin, si la membrana que forma el engaste del christalino estuviese opáca, y adherente à la Uvea, es necesario hacer su extraccion con las pequeñas pinzas; no es siempre fácil el practicar esto por estár mas, ò menos adherida, y entonces su extraccion exîge diferentes precauciones. Se deben primero tentar los medios mas suaves, y fáciles, que consisten en coger esta membrana con unas pinzas muy agudas, à fin de que sus puntas se introduzcan en ella, sin lo qual no se la podría coger, porque presenta una superficie plana: asida sólidamente de este modo se tira un poco, y regularmente sigue la membrana à este ligero esfuerzo, pero por poco que resista, se recurrirá à otros medios para no exponerse à despegar la Uvea del cerco ciliar, y dar algun paso à los rayos luminosos: para esto se cortará con unas tixeras muy delicadas lo que está comprehendido en las puntas de las pinzas. Esta operacion, dice el Sr. *Guerin* (p), no es tan dificil como parece, pero si por la movilidad del ojo no se puede hacer, aconseja se hagan con una lanceta dos incisiones en cruz sobre esta membrana que formen una abertura casi redonda: esta operacion es mas fácil, y segura, y él la ha practicado algunas veces con facilidad.

Extraida la catarata, y los fragmentos por los medios dichos, se le da al Iris por medio de la cucharilla la extension, y figura que le es propia, se coloca la

(p) Ensayo sobre las enfermedades de los ojos. Artic. 2. ses. 2. pag. 339.

la extremidad cortada de la cornea en su situacion natural, y se la mantiene en esta buena situacion dexando caer lentamente la palpebra superior, y haciendo subir del mismo modo la inferior. Esto es mas conveniente que lo que se cree; pues las grandes inflamaciones que sobrevienen à esta operacion, son un efecto de la irritacion del Iris causada por la extremidad cortada de la cornea que se entra dentro. Despues se aplican sobre las palpebras cerradas unas compresas blandas empapadas en una mezcla de quatro partes de agua rosada, y una de espiritu de vino, y mejor que todo es el agua rosada mezclada con algunas gotas del extracto de Lythargirio, teniendolas siempre humedecidas, y contenidas por una venda no muy apretada para evitar los efectos de la compresion tan peligrosos en estos casos.

Para precaver, ò detener los progresos de la inflamacion se hacen las sangrias convenientes de brazo, ò pies, se usa de las bebidas humectantes y diluentes, y de una dieta rigorosa: las compresas puestas sobre el ojo se deben mudar una sola vez cada veinte y quatro horas, y cuidar estèn siempre humedecidas sin que se descompongan. Si pasados quince dias de la operacion no ha sobrevenido algun accidente, que pueda hacer sospechar del buen estado del ojo, es menester ponerle en libertad en sitio donde no haya mucha luz, pues èsta puede causar una sensacion dolorosa, y para que el ojo se vaya habituando poco à poco à ella, se pone sobre èl un tafetan negro que se sostiene à el gorro del enfermo.

ARTICULO TREINTA Y TRES.

DE LA EXTIRPACION DEL OJO.

NO hay organo en el cuerpo que esté sujeto à tan gran número de enfermedades como el globo del ojo por razon de la diferente naturaleza, y disposicion particular de las partes que le componen; pero las mas terribles son aquellas que piden su extirpacion. Muy superficialmente ha sido tratado por los Autores el modo de hacer esta operacion. El Sr. *Heister*, no obstante el gran cuidado que tuvo en recoger todos los modos de operar que llegaron à su noticia en quarenta años de una aplicacion constante à el estudio de la Cirugía, trata muy sucintamente esta materia. Admite la necesidad de la operacion, y dice que para hacerla basta solo un bisturí ordinario; pero modernamente el Sr. *Louis* (a) determina con claridad quales son los casos en donde conviene extirpar el ojo, exâmina los diferentes métodos de hacer esta operacion, y nos dá reglas sobre el modo mas ventajoso de practicarla.

En la caida del ojo (dice este Autor) quando el globo está enteramente fuera de la orbita, y que cae sobre la mexilla; parece es necesario hacer la amputacion. No obstante, hay algunos hechos que demuestran no nos debemos precipitar en seguir esta indicacion, especialmente quando el accidente es reciente, y el efecto de una causa violenta. *Covillard* asegura ha-

(a) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 5. volum. en 4.

haber colocado en su sitio natural un ojo que habia sido separado de toda la circunferencia de la orbita por un golpe de pelota de jugar à la requeta, y que un pariente del enfermo se le habia querido cortar con unas tixeras. *Antonio Maestro Juan*, célebre Autor sobre las enfermedades de los ojos, tiene esta observacion por un hecho falso, ò exâgerado por ostentacion. El Sr. *Louis* expone toda esta discusicion porque le parece merece mucha atencion para saber distinguir, y apreciar los hechos de práctica, y las historias contadas por los Autores, para no admitirlas ligeramente, y no hacer de ellas reglas, si por un exâmen juicioso no se las reconoce conformes à la razon y experiencia. *Lamzwerde* cuenta una historia semejante à la de *Covillard*. El famoso *Spigelio*, hábil anatomista, se sirve de un exemplo semejante, de que él mismo fue testigo, para probar por la grande extension que habia sufrido el nervio optico, que los nervios son unas partes laxas capáces de extension. *Guillemeau* admite la posibilidad de la reduccion del ojo empujado fuera de la orbita por una causa violenta.

Despues de unos testimonios tan auténticos no parece permitido el dudar de que se haya repuesto el ojo con buen éxîto. Este principio parecerá absurdo à los que toman à la letra el término de reduccion empleado por los Autores, como si la caida del ojo fuese simplemente una enfermedad por situacion viciada, (para servirme de la expresion de los antiguos Pathologistas) y que se tratase de reponerle, como se repone una dislocacion. El Sr. *Louis* pretende que los que à la imitacion del *Maestro Juan* solo admiten en estos hechos lo que entreven de verosimil, hubieran dudado menos de las circunstancias que se refieren, si hubiesen bien conocido la disposicion del ojo,

y de la orbita en el estado natural.

El Sr. *Winslou* ha dado una descripcion bien exâcta en las Memorias de la Academia Real de las Ciencias de París en el año de 1721, y el Sr. *Louis* saca de esta descripcion anatómica los principios, por los quales se debe juzgar la asercion de los Autores sobre la caida del ojo. Siendo el plan del borde de cada orbita obliquo, y mas posterior ácia la sien que ácia la nariz, está manifiesto por la sola inspeccion, que el globo del ojo en el estado natural en el hombre vivo, está parte de él fuera de la orbita, por lo que no es estraño que à la menor tumefaccion de todo el globo, parezca salir el ojo de una manera extraordinaria; y no es necesario tan grande desorden, como se cree, para hacer parecer está todo él fuera de la orbita, sin que el nervio optico esté roto ni rasgado.

El ojo puede ser impelido poco à poco sobre la mexilla por algun tumor preternatural, que tenga origen en el fondo de la fosa orbitaria. Quando esta enfermedad no cede à los remedios generales, y particulares, como à el uso continuado de los fundentes, y purgantes, ya la aplicacion de los cauterios, sedales, &c. exîge necesariamente la extirpacion del ojo. El Sr. *Louis* cuenta muchos exemplos antiguos, y modernos de curaciones conseguidas con los medicamentos, y por la operacion en los casos en que habian sido inútiles los remedios. Muchas veces se halla el principio de la enfermedad fuera de la orbita cerca de las láminas huesosas, que forman las paredes de esta cavidad. Este mismo Autor vió un hombre à quien un fungo carsinomatoso en el seno maxîlar habia destruido la lámina huesosa que forma la parte baxa de la orbita, y el globo del ojo estaba casi enteramente sobre la mexilla: tenia caries en el hueso maxîlar del lado

do de las fosas palatinas y nasales, y el enfermo murió por los accidentes de la ulceracion cancerosa de todas estas partes. La caida del ojo era efecto del excesivo volumen del tumor, à el que no habian podido oponer los huesos una resistencia capáz de limitar sus progresos: se les pudiera haber precavido, convatiendo convenientemente la enfermedad por el lado de la boca, pues la vegetacion carcinomatosa era un accidente de la enfermedad de los huesos, causada por un principio venereo, que solo habia sido curado con curaciones poco metódicas, cuyo efecto es siempre incierto. El mismo Sr. *Louis* refiere, despues de *Ruisch*, el buen éxito de los auxîlios locales convenientemente aplicados en las caries del hueso maxîlar con escrecencia fungosa.

Hay casos de estos en que está indicada la amputacion del ojo, especialmente en sus primeros tiempos. *Paw* en la 23 de sus observaciones, habla de un muchacho de tres años, cuyo ojo izquierdo salido del todo de su cavidad habia adquirido el volumen de dos puños: murió de esta enfermedad, la que no se empezó à manifestar hasta algunos meses antes: à la abertura del craneo se descubrió un tumor fungoso, cuya base estaba unida à la dura-mater encima de la orbita sin alteracion del celebro. En este caso, despues de la extirpacion del ojo, para conseguir una perfecta curacion era necesario consumir el tumor hasta su raiz; pero el abandono del enfermo le entregó à una muerte cierta: la operacion necesaria podria haber sido intentada con esperanza de buen éxito.

Tambien se ha visto alguna vez el ojo echado fuera de la orbita por la compresion de un exôstose: si éste es exterior, se le puede curar, sin hacer el sacrificio de este organo. El Sr. *Sue* comunicó à el Sr.

Tom. II. *Louis*

Louis una observacion de esta clase. Una muger de treinta años que padecia una fistula lacrimal, y habia sufrido infructuosamente una operacion, que creyeron conveniente para esta enfermedad: los huesos se entumecieron, y despues de quince años el exôstose del hueso plano, y de la apophyse angular interna del coronal adquirió el volumen de un huevo, el globo del ojo comprimido lateralmente habia sido echado fuera de la orbita colgando en algun modo sobre la mexilla del lado del ángulo pequeño. El Sr. *Brassan* aplicó en este exôstose un caustico, le puso en supuracion, y en tres ó quatro meses de curacion obtuvo la exfoliacion de una porcion considerable de los huesos entumecidos: el ojo se restableció à su sitio natural, y la curacion fue perfecta despues de algun tiempo.

Muchas veces se ha confundido la caida del ojo con la dilatacion del globo que le hace salir igualmente fuera de la orbita. Estas dos enfermedades tan diferentes por su naturaleza, han sido señaladas por diferentes Autores baxo los mismos nombres. Esta confusion ha contribuido mucho à la oscuridad de los preceptos, y por consiguiente à hacer incierta la práctica. El Sr. *Louis* expone los signos, síntomas, y accidentes de la hidrophtalmia: exâmina la teórica, y práctica recibidas sobre esta enfermedad, adopta el precepto de *Bidloo*, que solo recomienda una pequeña incision, que no debe extenderse mas allá del borde inferior de la cornea trasparente, y cuenta el buen éxîto de dos operaciones que él ha hecho, y que prueban con particulares circunstancias la solidéz de esta doctrina.

Las excrecencias fungosas que se elevan sobre la superficie del ojo no exîgen siempre la extirpacion del globo, como muchos Autores lo han aconsejado: es muy

muy esencial poner la mayor atencion en discernir bien la naturaleza del mal, pues las indicaciones no se sacan tanto del volumen del tumor, como de su carácter, y raíces, mas ò menos profundas. Por las instrucciones commemorativas sobre el origen y progresos del tumor, es por donde debemos venir en conocimiento de esta última circunstancia. Los conocimientos pathologicos indicarán el genero, y la especie particular del tumor, y estos principios reflexîonados deben ser la base del juicio, por el qual se decida si es necesario, y como se ha de operar. El Sr. *Louis* nos da muchos exemplos prácticos para establecer la doctrina que nos ha de guiar en los diferentes casos de esta especie, y exâmina tambien las razones de preferencia que merecen la excision, la ligadura, y los cathereticos.

Quando el ojo está canceroso el único remedio, es su extirpacion; pero es necesario advertir, que siempre que no se le pueda extraher, con todas sus raíces, y partes adyacentes carcinomatosas, la operacion es inútil, y por consiguiente no se debe practicar. No obstante los dictamenes en esta parte están divididos: la doctrina que los antiguos habian adoptado sobre los cancros confirmados teniendolos por incurables, no ha sido admitida por todos los Cirujanos. Los cancros de la cara parece habian merecido alguna excepcion: el nombre particular de *nolime tangere* que se les ha dado, demuestra la imposibilidad que se creía de curarlos, y segun esta opinion, el cancer de los ojos debe parecer mas formidable aún por la naturaleza del mal, y la dificultad de usar de los socorros aplicables en toda otra parte; pero muchos y grandes Cirujanos han vencido estos obstáculos, y nos han dexado en sus obras exemplos de su pericia en estos casos arduos.

Establecido este principio pasa el Sr. *Louis* à los modos de hacer la operacion, y siguiendo el orden de los tiempos en la exposicion de la doctrina de los Autores sobre la extirpacion del ojo, hace vèr que la historia de las Artes es siempre interesante, pues por ella se reunen los rayos de luz que han ilustrado cada edad, y se disipan las tinieblas que han oscurecido de un tiempo à otro los mejores principios. No es necesario, dice, remontarse mucho, ni ir muy lejos para hallar las primeras nociones de la operacion de que hablo; y contra el camino natural de las ciencias que van ordinariamente con un paso mas, ò menos rápido ácia su perfeccion, se verá que aquellos à quienes somos deudores de los primeros pasos, han trabajado mas útilmente que ninguno de sus succesores, y se juzgará por esto quan conveniente es el estudiar en los Autores antiguos, y no ignorar sus descubrimientos.

La primera época de la práctica de extirpar el ojo se halla en un tratado Alemán sobre las enfermedades de los ojos, publicado en Dresde en 1583 por *Jorge Bartisch*. Este propone un instrumento en forma de cuchara cortante à su extremo para cortar, y sacar el ojo de la orbita. Trece años despues de la publicacion de esta obra, teniendo *Fabricio Hildano* ocasion de hacer la extirpacion de un ojo carcinomatoso, hizo la prueba del instrumento de *Bartisch* en los animales, y encontrandole lleno de defectos, imaginó otro, del qual se sirvió con buen èxîto. *Job de Meckren* ha extirpado el ojo con el instrumento de *Bartisch*. *Bidloo* cuenta quatro exemplos de esta operacion hecha con felicidad: estas quatro curaciones merecen ser notadas, porque su buen èxîto es un gran argumento en favor de la operacion. El Sr. *Louis* observa que el método con que las han hecho solo es descripto en un solo caso,

so, y prueba que el modo de proceder que se habia seguido, no ha sido metódico. *La Vauguyon* prescribe la extirpacion del ojo en su tratado de operaciones de Cirugía impreso en 1696. *Verduc* en su pathologia de Cirugía solo aconseja la cura paliativa. *Dionis* no hace mencion de la extirpacion del ojo. El Sr. *Saint-Yves* habla de esta operacion, pero tan sucintamente como el Sr. *Heister*. El Sr. *Kaltschmied*, y el Sr. *Hoin* la han practicado con buen exîto.

Todos estos hechos prueban la necesidad, y utilidad de esta operacion; pero las reglas que se deben seguir para practicarla metódicamente no han sido puestas en orden hasta el Sr. *Louis*. *Fabricio de Hildano* es solo el que ha manifestado su método con alguna atencion, pero no ha tenido imitadores. El silencio, negligencia, ò timidéz de los Autores modernos sobre este punto, son dificiles de concebir. La pérdida infalible de los enfermos à quienes no se ha dado este socorro, y las felices curas que se le deben, debieran animar à los Cirujanos modernos à perfeccionar esta operacion, y hacerla tan simple y fácil, como ella por sí es útil. Consultado muchas veces el Sr. *Louis* para casos que exîgian esta curacion, formó un método, que la extructura del ojo, sus ataduras, y conexîones con las partes circunvecinas, hubiera hecho inventar, dice este Autor, à todos los que se hubiesen ocupado en este objeto.

Este consiste en cortar las ataduras del globo del ojo con las palpebras. Para esta primera seccion no es necesario instrumento particular; pero puede ser hecha con mas, ò menos método. Inferiormente basta cortar el ángulo, ò repliegue que forman la conjuntiva y la membrana interna de la palpebra, cortando al mismo tiempo la atadura fixa del musculo pequeño obliquo, que está sobre el borde inferior de la orbita, del

lado del grande ángulo. Superiormente, es necesario dirigir la punta del instrumento para cortar el musculo relevador de la palpebra superior, al mismo tiempo que la membrana que rebiste interiormente esta palpebra, y la une al ojo, y resbalando un poco el bisturí de arriba à baxo, del lado del ángulo interno, se corta el tendon del grande obliquo: con esto el ojo queda desprendido de la circunferencia anterior de la orbita, y solo resta cortar en el fondo de esta cavidad el nervio optico, y los musculos que le circundan. Esto se hace facilmente de un solo golpe con unas tixeras apropiadas, cuyas ojas sean corvas sobre su plano.

El lado por donde se debe introducir la punta de las tixeras en el fondo de la orbita, parece al pronto bastante indiferente en el estado natural. La oblicuidad del plan de la orbita, y la situacion del globo del ojo cerca de la parte interna, parece señalar la introduccion de las tixeras de preferencia del lado del pequeño ángulo, llevando la concavidad de sus ojas sobre la parte lateral externa del globo; pero como la protuberancia del ojo, su dilatacion preternatural, la infartacion de la gordura, y la tumefaccion escirrosa en el texido celular, no guardan medida; y que las vegetaciones fungosas se inclinan ácia la parte donde hay menos resistencia, el pequeño ángulo es el que regularmente se halla mas embarazado. Por estas razones el Cirujano debe elegir el lugar que le parezca mas cómodo para introducir las tixeras convexâs en la òrbita; y cortando con ellas los musculos y el nervio optico, las mismas cerradas sirven como de cuchara para sacar el ojo ácia fuera; y cogiendole con la mano izquierda se cortarán con las tixeras que están en la derecha las pequeñas porciones del texido celular unidas aún à el globo.

La

La extirpacion del ojo con el bisturí recto como aconseja *Heister*, no tiene lugar, porque no se adapta con la situacion, y ataduras de las partes: al contrario en la operacion que acabo de proponer del Sr. *Louis*, cada movimiento de la mano es dirigido por los conocimientos anatómicos, y no hay alguno que no tenga un efecto determinado directamente à el fin que se propone el Operador, haciendose la operacion pronta y simplemente. Muchas veces las palpebras están carcinomatosas: en este caso, deben ser estas comprehendidas en la extraccion; pero si porque el tumor fuese de un volumen considerable, ò porque ha contrahido adherencias con los huesos de la orbita, no se pueden extirpar perfectamente todas las partes carcinomatosas: en estos casos es necesario destruir lo que puede quedar con los polvos de sabina, pues sin esta precaucion se reproducirán con mas malignidad que antes. Por estos medios el Sr. *Guerin* aseguró la curacion de tres enfermos, à quienes era imposible estraher con el instrumento todas las partes del carcinoma.

Las mayores dificultades que se experimentan no son las que vienen de la extension del mal ácia fuera: los progresos que ha hecho en la orbita son los que deben fixar la principal atencion. Muchas veces no basta extirpar el ojo; la gordura que circunda el globo está algunas veces tan entumecida, sino se la extrahe en la operacion, produce un nuevo tumor. Si la grándula lacrimal está del mismo modo, se debe tambien extirpar cortandola con las puntas de las tixeras que habrán servido para la extraccion del ojo, las que son muy à proposito para quitar las durezas escirrosas que se encuentran en toda la extension de la orbita. En fin, todas las precauciones que he di-

cho,

cho, son dictadas por los preceptos generales establecidos concernientes à la extirpacion de todo tumor cancroso, y los hechos de práctica relativos à la extirpacion del ojo prescriben principalmente estas atenciones. Se lee en las Actas de los Médicos de Berlin, que se hizo sin suceso en el mes de Abril de 1724, la extirpacion de un ojo carcinomatoso en un muchacho, hijo de un Judio: el fungo volvió à reproducirse pasado algun tiempo, haciendo progresos considerables, y ocupando no solo la orbita, sino que extendiendose sobre la mexilla, perdió la vida el muchacho por los efectos de esta enfermedad (b). La Cirugía no es culpable de los funestos sucesos causados por la omision de los socorros que señala; el uso de los polvos de sabina pudieran haber sido útiles, pero el hierro y el fuego son los medios mas comunes, y indispensables para destruir eficázmente estas vegetaciones fungosas hasta las raíces.

ARTICULO TREINTA Y QUATRO.

DE LAS ENFERMEDADES de los senos maxîlares, y de los polypos de la nariz.

HAbiendo el Sr. *Heister* tratado solo de la ozena de los senos maxîlares, sin decirnos nada de las demás enfermedades que pueden sobrevenir à éstos, pondré por suplemento el extracto de las Memorias del Sr.

(b) Act. Medic. Berl. Decad. 2. vol. VIII. §. X. De casib. et operat. Chirurg.

Sr. *Bordenave*, sobre las enfermedades de estos senos (a).

No se puede dudar que las cavidades nombradas senos maxîlares, no sean susceptibles de un gran número de enfermedades: los vasos de la membrana que los cubre interiormente, algunas veces se obstruyen, se inflaman, y supuran: tambien pueden entumecerse sin inflamarse, y producir sarcomas, tumores polyposos, y escirros que suelen degenerar en cancros. Las enfermedades de los dientes y encias, causan comunmente las de estos senos: la carie, y el exôstose pueden tambien ofender sus paredes: no están esentos de heridas y fracturas, ni de la introduccion de cuerpos extraños en el caso de herida de arma de fuego, &c. Como las raíces de los primeros dientes molares están tan cerca de los senos que algunas veces penetran hasta su cavidad, no es extraño que la fluxîon de la mucosidad del seno por un alveolo rompido despues de la extraccion de una muela cause una fistula. Algunas observaciones prueban esto y el haber sido engañados muchas veces por esta especie de flusion teniendola por purulenta, aunque haya sido puramente mucosa; por lo que se debe pronosticar con mucho cuidado sobre la exîstencia de una supuracion en el seno maxîliar quando fluya algun humor por el alveolo.

Aunque en general se dé el nombre de deposito à toda coleccion de fluido en el seno, es necesario no confundir la retencion de la mucosidad, depositada en mucha cantidad en esta cavidad, por estár su abertura natural cerrada, con las colecciones purulentas, ó supuraciones interiores, que son el efecto de la inflamacion. Estas enfermedades tienen un carácter muy diferen-

(a) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 4. y 5. vol. en 4.

rente. La retencion de la mucosidad pocas veces es simple, regularmente se pervierte, y por poco que esta materia alterada obre sobre las partes vecinas, causa una supuracion en la membrana pituitaria, y en este caso esta enfermedad entra en la clase de los depositos del seno maxîlar. La membrana que cubre interiormente el seno maxîlar es muy susceptible de entumecimientos mucosos; pero si las causas generales que producen la inflamacion en todas las partes del cuerpo, determinan en ella una tumefaccion inflamatoria, ésta podrá producir la supuracion, la ulceracion, ò por mejor decir, una ózena maxîlar, la carie, ò la fistula. La inflamacion no es siempre la causa de la ulceracion del seno maxîlar, por lo comun las mas veces es producida por la carie de las muelas que altera los alveolos y se comunica à el seno, por los abscesos de las encias, ò porque hay algun tuberculo à la raíz de los dientes: la supuracion del seno asi como es muchas veces el efecto de la alteracion de las partes vecinas, tambien puede sobrevenir independientemente del vicio de estas mismas partes.

Muy dificultoso es el conocer la supuracion del seno quando no hay mutacion exterior. Un dolor mas ò menos considerable, con calor, que se siente particularmente en uno de los lados de la mandibula superior, y que se extiende hasta debaxo del ojo, una pulsacion en lo interior del seno, la aumentacion de estos accidentes con calentura, pueden indicar la inflamacion de esta parte; pero estas señales son equivocas, y no pueden fixar nuestro juicio hasta que los accidentes que han sido muy vivos, despues de haber disminuido algo, dexen unos dolores lentos, y permanentes en el seno, y que éstos se extiendan particularmente desde la fosa maxîlar hasta el ojo, ò que el

pus

pus salga por las narices, estando la cabeza echada sobre el lado opuesto à la enfermedad, y que al sonarse los mocos salga pus, ò en fin que el hueso maxîlar se ponga algo elevado despues de alguna lesion exterior sobre esta parte.

Estas últimas señales hacen juzgar de la supuracion en el seno, y conocer que ésta es el efecto de una simple inflamacion, sino hay alguna alteracion en las partes vecinas. El Cirujano práctico conocerá facilmente los caractéres distintivos de estas enfermedades, y procurará à tiempo la evacuacion de las materias purulentas para impedir la carie, y los otros accidentes, efectos inevitables de una larga detencion. En efecto quando la abertura natural del seno no está libre, la materia detenida se altera, y trabajando sobre sus paredes se abre camino destruyendo el hueso unas veces del lado de la orbîta, otras del de los alveolos, y otras en fin del lado de la mexilla, de donde resulta una ózena ò fistula. En todos estos casos la indicacion principal para conseguir una entera curacion, es evacuar el pus por diferentes modos segun las circunstancias.

Henri Meibomius, propone para curar los abscesos del seno maxîlar sacar una, ó muchas muelas, à fin de procurar salida à la materia por los alveolos. Este método está fundado en la razon y experiencia, pero puede no ser suficiente en todos los casos. El Sr. *Heister* (b), despues de los Sres. *Drake*, y *Cowper*, ha añadido à este método el perforar el alveolo hasta el seno con un punzon, lo que no es dificultoso executar, y mas si como sucede comunmente el hueso está alterado. Esta perforacion no solamente sirve à dar

(b) Instit. Chirurg. tom. 2. part. 2. Secc. 2. cap. 72. pag. 287.

salida à el pus, sino tambien para hacer por ella en el seno inyecciones detersivas y balsámicas, introduciendo despues un clavo de hilas para impedir el que salga del todo la inyeccion: usados estos medios en los casos simples su efecto es la perfecta curacion.

Siendo comunmente necesaria la extraccion de una, ó mas muelas, y la perforacion de los alveolos, es indispensable saber qual muela debe sacarse con preferencia, y qué lugar es mas ventajoso para abrir el seno. La carie de alguna muela, y el dolor constante indican quales la que se debe extraher, y en que parte la materia procura hacer su salida. Si todas las muelas están sanas (lo que sucede rara vez), se tocarán ligeramente las unas despues de las otras con una sonda de acero, y el dolor indicará la que se debe sacar, y aunque todas, excepto la primera, corresponden à la cavidad del seno; no obstante, se debe preferir la tercera en el caso de eleccion, porque ésta corresponde mas directamente ácia la parte media del seno, y porque el alveolo es en este sitio menos grueso; pero puede haber caso en que la extraccion de esta muela sea insuficiente, como sucede quando lo baxo del seno está dividido en dos cavidades por una especie de lengüeta huesosa, mas ó menos alta, como lo observó el Sr. *Palfin*. Estos casos no se pueden conocer sin introducir una sonda por el alveolo; pero conocido se remediará con la extraccion de la muela siguiente, y si estuviesen cariadas una, ò mas muelas, se quitarán, pues la carie puede extender sus efectos hasta los alveolos, y el seno.

Facilmente se conoce quales pueden ser lasventajas de la libre salida del pus ácia la parte mas baxa del seno. Esto nos obliga algunas veces à mantener dilatada por algun tiempo la abertura que se ha hecho, usando

do à este fin de las cuerdas de violon, de la esponja preparada, &c. pero estos cuerpos dilatantes se oponen à la indicacion que se quiere cumplir, que es la libre, y continuada salida del pus, por lo que es mas conveniente hacer uso de la canula de plata: ésta mantiene siempre la misma abertura, y permite la libre salida de las materias, y la fácil introduccion de los remedios, cuidando solo de tenerla tapada al tiempo de comer. No solo está indicada la abertura del seno en lo baxo de su fondo quando la supuracion en esta cavidad produce alteracion del hueso, y fistulas exteriores, sino tambien despues de un absceso exterior, estando el hueso alterado consecutivamente, porque entonces cayendo el pus en el seno, produciría graves daños, no pudiendo ser evacuado con facilidad, y este es el caso en que se debe hacer la contra abertura por el alveolo.

El Sr. *Lamorier*, Cirujano de Montpellier, en una Memoria que dió à la Real Academia de Cirugía de París, establece un lugar de eleccion, y otro de necesidad para la abertura del seno maxîlar. Este último es indicado por una fistula, y una carie en qualquiera parte del seno maxîlar: el primero le señala por debaxo de una eminencia que se toca facilmente, luego que se han cerrado las dos mandibulas, y se introduce el dedo lo mas alto que se puede, por debaxo del labio superior, y sirve para la union del hueso maxîlar con el hueso pómulo ò de la mexilla, precisamente por encima de la tercera muela superior. Algunos Anatómicos la llaman apophyse molar. Para hacer esta operacion se sienta el enfermo en una silla, se le sujeta la cabeza, y cerrando las mandibulas para aflojar los labios, se levanta la comisura ácia arriba, y ácia atrás con un corchete obtuso, y con un bisturí recto se hace

ce transversalmente por debaxo de la apophyse molar una incision à la encia, y al periostio: descubierto por este medio el hueso, se le perfora con un taladro de figura de lengua de serpiente, abriendo mas ò menos el seno, segun lo exîge el caso. La enferma à quien el Sr. *Lamorier* hizo esta operacion, le aseguró habia sentido mucho menos dolor que si la hubiesen quitado una muela; por lo qual, siempre que sea necesario hacer una abertura lateral en el seno, el método del Sr. *Lamorier* es preferible por ser simple, fácil de practicar, y cómodo para las curaciones.

El Sr. *Jourdain*, experto Dentista, es Autor de las sabias reflexîones insertas en el Diario de Medicina (c) sobre los diferentes medios de curar las enfermedades de los senos maxîlares, y sobre las ventajas que hay en ciertos casos, en inyectar estos senos por la naríz. Los Sres. *Beaupréau*, *Dupui*, y *Jourdain*, no estando acordes sobre la curacion de estas enfermedades, han escogido el Diario de Medicina de 1769, y el de 1773 para teatro de sus disputas sobre este asunto. Sería muy largo poner aqui las razones, y objeciones que han dado y hecho mutuamente entre sí estos Autores. Mas como el método de las inyecciones parece pertenecer en propiedad à el Sr. *Jourdain*, aunque el Sr. *Alloüel* dice lo habia descubierto el año de 1737, y puesto en uso con suceso el año de 1739, sin haberle nunca publicado; me contentaré con poner aqui el extracto de este método segun se halla en la Memoria del Sr. *Bordenave*.

Este método exîge tres instrumentos: Primero, una sonda de plata flexîble, con un boton à la extremidad que debe entrar en el seno, y una paleta en forma

(c) Diario de Medic. año de 1767. tom. 27. pag. 52. y 157.

ma de corazon en la extremidad que está fuera de la nariz, y por la qual se la sostiene entre los dedos indice y pulgar: segundo, una sonda hueca ò algalia sin boton ni paleta, semejante à las que sirven à sondear el conducto nasal, dentro de la qual ha de haber un estilete de ballena, cuya extremidad mas larga que la sonda sirve à tenerla solidamente entre los dedos: tercero, una pequeña xeringa, cuyo cañon pueda ajustar à la sonda hueca. Conocida la necesidad de sondear, se sienta el enfermo en un taburete que tenga el respaldo algo inclinado ácia tras, se le hace sorber agua tibia por las narices para limpiarlas, despues se introduce la sonda de boton, mas ò menos encorvada para reconocer la verdadera situacion del repliegue ò gotiera que está en el orificio natural del seno. Asegurado de su disposicion, se mete la sonda hueca habiendola antes dado la misma figura que à la sonda de boton (esto se hace facilmente introduciendo ésta dentro de aquella, y dandolas asi el grado de convexîdad que se requiere) se la introduce de modo que la extremidad que está fuera de la nariz toque casi el borde del labio inferior, y que la convexîdad de la otra esté situada debaxo del cornete superior, de suerte que la extremidad que debe entrar en el seno, toque à el repliegue: entonces se hace un pequeño movimiento inclinandose ácia el lado del seno, y se levanta un poco la muñeca haciendo un medio circulo con la sonda, tirandola al mismo tiempo un poco ácia sí. La fixacion de ésta, y su elevacion exterior ácia la entrada de la nariz nos hace conocer su introduccion en el seno. Este método tiene seguramente muchas ventajas; pero es necesario confesar que si es posible el sondear el seno por su abertura natural, tambien lo es el que muchas veces se introduzca la sonda por una abertura

que

que se puede hacer accidentalmente entre el cornete ethmoidal, y el cornete inferior de la nariz, y pudiendo hacerse esta abertura artificial, sin atraher graves accidentes, nos puede en muchos casos engañar, creyendo estar la sonda ò algalia introducida en la abertura natural del seno. Esta sola consideracion basta para establecer que esta operacion, despues de ser muy dificil de executar, no tiene la misma certidumbre, que los otros métodos de que he hablado arriba.

Algunas veces los progresos de la enfermedad producen tan grande alteracion en la sustancia de las partes, que el seno se dilata, y sus paredes se ablandan. En este caso se hace necesaria una grande abertura, y se la puede facilmente practicar, no por la simple perforacion de los alveolos, si cortando una parte del seno. Quando la supuracion de esta cavidad se halla junta con una mala disposicion de los liquidos, las paredes del seno están regularmente alteradas, y se forman caries muy considerables, de las que se consigue la curacion, no solo por los remedios internos apropiados, sino tambien descubriendo en una grande extension las caries para facilitar su exfoliacion. En estos casos la naturaleza hace singulares curaciones siempre que sea ayudada por los remedios convenientes.

Quando la caries está multiplicada en muchos puntos separados, es necesario variar los métodos, y emplear los diferentes medios que sola la buena práctica del Cirujano le pueden sugerir segun las circunstancias. El Sr. *Foubert*, curó à un mozo que tenia despues de tres meses, à la parte superior y media de la mexilla derecha una pequeña ulcera que no se habia podido cicatrizar, y que habia resultado de un pequeño absceso sobrevenido de un dolor de dientes, por el uso de un sedál pasado desde el orificio fistuloso

à

à la boca, y por medio de las inyecciones vulnerarias, y la aplicacion de una canula de plomo: el Sr. *Ruffel* ha empleado con buen éxîto los mismos medios en otro caso semejante. En efecto el uso de la contraabertura, y del sedál pueden emplearse con utilidad en los casos complicados, y se puede añadir este medio à los métodos ya recibidos, y que en estos casos podrán ser infructuosos, especialmente quando no se han tenido desde luego señales suficientes que anuncien esta doble alteracion. En quanto à el uso del cauterio actual no tengo que decir, porque no hay duda que se puede aplicar utilmente para adelantar la exfoliacion de ciertas caries del seno, y que merece la preferencia sobre los causticos liquidos.

La membrana del seno maxîlar del mismo modo que la de las narices, puede dar origen à los sarcomas ò excrecencias fungosas, conocidas baxo el nombre de Pólypos. El Sr. *Levret* en las observaciones de los pólypos de la matriz, de la garganta, y de la nariz, hace mencion de uno que ocupaba el seno maxîlar, y se extendia hasta otro pólypo de los senos frontales. Estos tumores en sus principios se ocultan, y no se dexan conocer hasta que la enfermedad ha hecho considerables progresos: no obstante, se puede conocer ésta antes que haya llegado à un estado peligroso, en que la conformacion del seno estará mudada, los dientes se ponen vacilantes, y se caen por sí solos, aparecen carnes fungosas por los alveolos abiertos, y tendrá un fluxo de sangre habitual por la nariz del lado enfermo: en fin, las paredes huesosas se inclinan ácia fuera, lo que sucede siempre quando el tumor ha llegado á un cierto grado, à menos que el cuerpo del pólypo no esté en la nariz, y crezca y aumente en ella, aunque sus raíces estén en el seno maxîlar, lo que se puede tener

por

por muy raro, y en este caso es mucho mas dificil de conocer la enfermedad del seno.

Quando se está asegurado de la exîstencia de un pólypo, sin esperar los progresos mas rapidos de esta enfermedad, es necesario desde luego abrir exteriormente el seno maxîlar, ò aprovecharse de la abertura que se hace algunas veces accidentalmente en los alveolos, y despues de haberla dilatado suficientemente, se cura la enfermedad segun el estado de las partes, ya sea por la extraccion del pólypo, ò excitando la supuracion por el uso de los medicamentos digestivos, de los escaroticos, mas ò menos fuertes, ò en fin por la aplicacion del cauterio actual. En quanto à lo demás se debe observar que sino se destruye del todo el tumor, si una supuracion no desahoga completamente la membrana, y nos contentamos con extirpar las partes aparentes del tumor, sin poner los medicamentos inmediatamente en el seno, solo se conseguirá una cura momentanea; pues la membrana que por sí es blanda y espongiosa, se entumecerá mas y mas, y la enfermedad volverá à parecer de nuevo; pero si se dirigen bien las indicaciones curativas, los efectos del arte son comunmente eficaces, consiguiendose en este genero de enfermedades curaciones tan grandes, que apenas se podian esperar.

Un exôstose del hueso maxîlar no es tan facil de conocer como el de los otros huesos. La señal mas cierta que hay para reconocerle, es que además de faltar las señales de la supuracion, y del sarcoma, las paredes del seno engruesadas forman elevacion, y presentan una resistencia sólida. Quando el exôstose es reciente y poco sólido, la curacion puede ser perfecta por el solo uso de los remedios apropiados; pero si depende de un vicio particular debe ser tratado por los remedios especificos contra el vicio. Muchas

ve-

veces se han visto exemplos de estas enfermedades producidas por un vicio venereo terminadas felizmente por la administracion del mercurio. Mas si el exôstose resiste à estos remedios estando todo lo demás del cuerpo bien dispuesto, ò si depende de un vicio simplemente local, el uso de los topicos no debe ser indiferente para la curacion de estos tumores, pues muchas veces se han visto aprovechar en estos casos, y se deben emplear desde luego y por largo tiempo sea en cataplasmas, ò con preferencia en forma de emplastos. Si todos estos medios son infructuosos, se descubre el exôstose por el alveolo, ò se perfora el seno con el trepano, y no bastando se usa del escoplo: si el exôstose está supurado el uso del cauterio actual debe ser preferido para desecar el hueso y disponerle à una buena y pronta exfoliacion. En lo demás los conocimientos de un Cirujano ilustrado le sugerirán indicaciones segun la diversidad de los casos.

El desorden producido por un exôstose del seno maxîlar no se le limita siempre à la tumefaccion del hueso y à la expansion de sus paredes. La tumefaccion de la membrana que reviste el seno, su degeneracion en tumor fungoso, y la alteracion que puede sobrevenir consecutivamente, le mudan ò alteran algunas veces hasta darle una consistencia sólida, ò formar interiormente en él una concrecion expongiosa; pero estos casos son muy raros, y es necesario entonces mucha experiencia y destreza para dirigir una curacion que presenta las mas grandes dificultades. Una observacion del Sr. *David*, que cuenta el Sr. *Bordenave*, prueba que son grandes los recursos de la naturaleza, expecialmente si son ayudados por un Cirujano instruido y esperimentado. Es necesario tener mucho cuidado en no confundir el exôstose del seno maxîlar con lo que llamamos hyperexôstose que no es mas que una elevacion formada por el perios-

to engruesado, endurecido, y mudado en una sustancia sarcomatosa, ò mas bien semejante à sebo endurecido. El origen, la naturaleza, y los progresos de esta enfermedad, y un menor grado de resistencia, la harán facilmente distinguir de el exôstose.

La accion exterior de diferentes clases de instrumentos pueden producir heridas penetrantes en los senos maxílares con fractura y desorden de las piezas del hueso. Estas heridas deben ser miradas como complicadas, y curarse como tales, pero exîgen una atencion particular en su curacion por razon de la humedad del seno, y por el peligro que hay de que se hagan fistulosas: no obstante no se debe temer este ultimo accidente sino en el caso en que esten sostenidas por la presencia de alguna pieza de hueso, ò por la introduccion de un cuerpo extraño, del qual se ha de hacer prontamente la extraccion, dilatando la abertura del seno si fuese necesario: despues de la extraccion se curan casi por sí solas con una curacion metódica; pero si se resisten se ayudará à la naturaleza con una ligera compresion, ò situando al enfermo sobre el lado opuesto para impedir la afluencia de los humores mucosos en ellas.

Larga y sabiamente trata el Sr. *Heister* (d) de los pólypos de la nariz, y de todos los métodos que hay para curarlos; pero por lo que dice en el num. 7. no queda duda, dá la preferencia al de la ligadura. En efecto ésta bien hecha tiene ventajas ciertas sobre la extirpacion. El método de los causticos es un medio infiel, largo, y doloroso, y solo se puede emplear en un pólypo pequeño vesicular ò mucoso, que no se extienda mas allá de la nariz. La incision ha sido tambien empleada sobre los pólypos, y se practicaba con un instrumento particular,

(d) Inst. Chirurg. tom. 2. part. 2. secc. 2. cap. 71. pag. 269.

lar, que daba muchas veces lugar à grandes hemorragias. En el dia estos metodos se han abandonado, y solo se hace uso de la extirpacion, y de la ligadura. Esta ultima descrita por M. *Levret* ha recibido entre sus manos tal grado de perfeccion que tiene muchas ventajas sobre la extirpacion.

El instrumento de que se sirve este Autor para hacerla, es una canula cuyo orificio está dividido en dos pequeños agujeros por los quales se pasa un alambre de plata, que se sujeta en las asas que tiene en el otro estremo. Se forma con el alambre una asa, que se introduce por la circunferencia del tumor lo mas alto que es posible: hecho esto se tira del alambre para ajustarlo, y se retuerce hasta extrangular el tumor; despues todos los dias se dá una buelta mas al alambre, con lo que se ve caer el pólypo en pocos dias sin necesitar de nuevas ligaduras. Por este medio se evita la hemorragia, y aunque no se ligue precisamente la raiz del tumor, basta esto para extrangularlo, y excitar en él una inflamacion que lo haga caer en supuracion, ò en mortificacion hasta su pediculo: esto hace ver que la ligadura es preferible à qualquiera otro método.

ARTICULO TREINTA Y CINCO.

DEL LABIO LEPORINO, O PICO de Liebre.

LA Cirugía, dice el Sr. *Louis* (a) ofrece pocos objetos tan simples como el pico de liebre: la deformidad está patente, y cada uno vé desde luego, aun sin ser Ciru-

(a) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de Paris, 4. vol. en 4.

rujano en que consiste este vicio. Para remediarle basta solo refrescar los bordes de la hendidura à fin de hacer una herida sangrienta susceptible de una inmediata reunion. Es tan facil de obtener ésta, que apenas se puede creer que el arte pueda estar defectuoso sobre este asunto: no obstante su imperfeccion es tal, que el Sr. *Louis* ha creido poderse lisongear de presentar este objeto baxo de un nuevo aspecto. La teórica y la práctica, dice, son igualmente defectuosas sobre el pico de liebre. Los Cirujanos de todos los tiempos han mirado el apartamiento de los labios de la division preternatural, como una falta de sustancia, y este error que por nuestra desgracia ha pasado de unos à otros, los ha hecho inventar para la cura del pico de liebre la clase de sutura mas dolorosa, y si se atiende à la blandura y extensibilidad de los labios la mas inutil. Este apartamiento ò hendidura es puramente un efecto de la retraccion de los musculos; y la falta de sustancia que hasta ahora se ha supuesto, es una falsedad de que ya es tiempo de desengañarse. Haciendo el Sr. *Louis* la operacion, ha observado que se aumenta el apartamiento aun antes de haber cortado los bordes de la hendidura, con solo haber simplemente dividido el angulo de la solucion de continuidad: que los que tienen el pico de liebre pueden acercar los bordes de la division por la accion muscular que frunce la boca en culo de pollo, que à el contrario el apartamiento aumenta considerablemente quando estas personas rien; y que la hendidura parece enorme despues que se han cortado superficialmente los bordes.

Por concluyentes que sean estas pruebas contra la erronea suposicion de la falta de sustancia, es tal el imperio de la opinion sobre los entendimientos, aun los menos dispuestos à obedecerla, que estos hechos de que tan comunmente ha sido el Sr. *Louis* testigo, no le habian abierto

los

los ojos, hasta que haciendo las tentativas preliminares de reunion con las lengûetas de emplasto aglutinante à el exemplo de *Fabricio de Aqua-pendente*, conoció que el defecto de sustancia es un ente de razon. El buen suceso de este medio preparatorio le ha convencido à que el pico de liebre es una simple solucion de continuidad, y le han confirmado en esta opinion semejantes tentativas que habia aconsejado para un pico de liebre doble à el Sr. *Buttet*, ratificando éste, que el apartamiento de los bordes de la hendidura dependia de la accion delos musculos.

Antes de exponer la nueva práctica, que es una conseqüencia natural de las idéas que se acaban de establecer sobre la naturaleza del pico de liebre considerado como una simple solucion de continuidad, exâmina M. *Louis* con una critica juiciosa lo que hay de reprehensible en los métodos de que se han servido hasta ahora, y que han tenido el voto de los mas célebres prácticos. Condena el uso de las tixeras para el corte de los bordes del pico de liebre, que es indispensable à la reunion. Las tixeras por muy cortantes que sean, contunden, y es muy dificil con ellas hacer un corte igual y regular. El Sr. *Louis* procede de un modo mucho mas simple, y es el siguiente. Sentado el enfermo en una silla à la luz, teniendo la cabeza apoyada sobre el pecho de un Ayudante, éste con los extremos de los dedos de cada mano empujará las mexillas ácia adelante para acercar los bordes de la hendidura, ajustandolos sobre un carton, situado entre la mandibula, y el labio, de dedo y medio de largo; doce à quince lineas de ancho, de una linea ò mas de grueso, y redondo por la parte superior para la facilidad de la seccion: el operador tirará el labio à lo largo sobre este carton, cogiendole con destreza por la hendidura con el dedo pulgar, y el indice de la mano izquierda;

(un

(un Ayudante podrá hacer esto mismo) luego de dos golpes de bisturí se cortarán los bordes del pico de liebre por dos lineas que formen un ángulo agudo por encima de la hendidura, y que comprehendan toda la protuberancia encarnada , adelantandose algo sobre el cutis. El punto esencial consiste , en que se tomen las dimensiones de modo que los bordes se puedan ajustar reciprocamente en toda su longitud por un contacto mutuo sin la menor desigualdad : el carton servirá despues de punto de apoyo para la reunion de los labios de la herida.

El mismo Sr. *Louis* en las nuevas observaciones sobre el pico de liebre, insertas en el tom. 5. de las Memorias de la Real Academia de Cirugía de París, dice que el corte del labio leporino se puede hacer mas igual, y comodamente usando de las pinzas, ò tenazas, que llaman los franceses Acial que se hallan gravadas en la figura 6. y 7. de la tabla veinte del tom. 2. de las Instituciones Chirurgicas del Sr. *Heister* , porque siendo la rama de estas pinzas, que se pone en la parte de adentro del labio, algo mas ancha que la que comprime el labio exteriormente, la incision se podrá hacer facilmente y muy igual con solo dos golpes de bisturí, y sin poner el carton debaxo para hacer el corte, pues sirve de punto de apoyo à el bisturí la rama que está debaxo del labio , y de regla y conductor para hacer el corte igual la rama que comprime el labio por afuera : demás de esto, la ligera compresion que con ellas se hace à el labio, impide salga la sangre quando se hace la incision, y esta se hace obrando en seco, lo que no es de poca ventaja en las operaciones de Cirugía.

Hasta aqui se ha creido no poder mantener los bordes del pico de liebre en un exâcto contacto despues de haberlos cortado, sin la sutura enroscada : la falsa idéa de la falta de sustancia ha originado , y perpetuado esta mala práctica. Está demostrado, como he dicho arriba, que

que no hay pérdida de sustancia, y que no son los labios de la herida los que se apartan uno de otro, sino que los musculos son los que los retiran y apartan; y asi la fuerza retractiva de éstos es la que es menester sujetar, y contra esta es necesario trabajar, y dexar los bordes de la herida en quietud en lugar de taladrarlos cruelmente con gruesos alfileres. Ve aqui el principio fundamental, el primero del arte de reunir las heridas, à el qual todas las reglas particulares deben de aqui adelante estar subordinadas. Este principio tiene la aprobacion de la razon, no siendole menos favorable la experiencia, como se ve por las observaciones que cuenta el Sr. *Louis* en el quarto y quinto volumen en 4. de las Memorias de la Academia Real de Cirugía de París. Todos los Autores que han recomendado la sutura enroscada para el pico de liebre, han pronunciado ellos mismos sin saberlo su proscripcion, pues todos convienen en que esta sutura solo es necesaria en las soluciones de continuidad con pérdida de sustancia. Aun hay mas: muchos de estos han propuesto en lugar de los alfileres otros medios que pueden suplirlos perfectamente, y que deben por consiguiente excluirlos. El Sr. *Louis* aventaja à todos en haber indicado uno que se hace recomendable por su simplicidad: este es un vendage de su invencion.

Nuck y *Verduc* han descrito un bonete ò gorro para comprimir la mexilla, y empujarla adelante: el Sr *Heister* propone una especie de gorro con corchetes: el Sr. *Quesnay* inventó un aparato de ballena muy ingenioso: (b) *Fabricio de Aqua-pendente*, unas lengüetas aglutinantes. Antes de todos estos, y desde el año de 1561. *Pedro Franco*, Cirujano de primer orden habia propues-

to

(b) Vease el 1. vol. en 4. de las Mem. de la Acad. Real de Cirug. La del Sr. *Lafaye* sobre los picos de liebre de nacimiento.

to un vendage que aunque muy complicado es muy util para este fin. Este Autor se contentaba con la costura seca quando creía no habia que reparar una gran pérdida de sustancia. *Purmán* asegura haberse curado por esta sola sutura una muchacha de diez años, que tenia un pico de liebre muy considerable. *Muys* dice que *Silvio* despreció los alfileres, y que un Cirujano que conocia, habia curado muchos muchachos sin otro socorro que los emplastos. Tal es en los hombres la sujecion à la autoridad, que ninguno de estos Autores à excepcion de *Silvio* habia creido deber desechar enteramente la sutura enroscada. El mismo Sr. *Louis* tiene la buena fé de convenir que despues de haber puesto en orden en 1748. en la Encyclopedia todos los errores acreditados sobre el pico de liebre, solo habia abandonado esta sutura por lo que el Sr. *Pibrac* habia dicho de sus inconvenientes en su excelente Memoria sobre el abuso de las suturas. Esta confesion dictada por la modestia y justicia, honra igualmente à los señores *Louis y Pibrac*. Este, aunque admitía como todos los Autores que han escrito antes del Sr. *Louis* la pérdida de sustancia, estaba persuadido que la sutura enroscada era inutil en el pico de liebre, y que un vendage metódico podia satisfacer à todo; ni la cree tampoco necesaria para procurar la reunion de la herida que resulta de la extirpacion del cancro en los labios, aunque la pérdida de sustancia sea grande. El Sr. *Louis* no solo la cree inutil, sino que puede tener funestos efectos: sus observaciones no dexan duda sobre estos dos puntos, y deben para siempre desterrar la sutura enroscada de la Cirugía.

La antigua operacion era muy dolorosa, y los efectos ordinariamente enfadosos, dexando las mas veces mas deformidad que la que se habia intentado corregir. En el dia solo consiste la operacion en el corte preliminar

de

de los bordes de la division, y en la aplicacion de un aparato tan eficaz como simple: la seccion es indispensable, pero está ya perfeccionada: el medio doloroso de cortar los labios de la division preternatural con las tixeras, ya no se emplea: el bisturí con las precauciones que están dichas llenará las idéas del Cirujano con todas las ventajas posibles para el enfermo: la reunion, si se han tomado bien sus dimensiones, será siempre exâcta: los niños podrán ser operados en toda edad y aun en la cuna (c). El pico de liebre doble cuya curacion está reputada por dificil, no presentará mas dificultades que el simple, siempre que se le opere en dos tiempos: práctica no conocida antes del Sr. *Louis*, aunque algunos le quieren disputar esta gloria (d).

En fin, el vendage que ha inventado el Sr. *Louis* para procurar la reunion del pico de liebre, sin recurrir à los alfileres es el siguiente. Se toma una venda de una pulgada de ancho y de cerca de quatro varas de largo arrollada en dos globos desiguales: igualados los dos labios de la herida y sostenidos por un Ayudante, el

(c) Despues que se han cortado y acercado los bordes de la division es necesario cuidar que el enfermo no trague la sangre que salga, porque podria excitarle bomito, ò sofocarle. Para hacer ver que distancia hay entre las especulaciones y la práctica, se debe observar dice el Sr. *Louis*, que el Sr. *Heister* tratando del pico de liebre à el principio y al fin del num. 8. dice que quando se ha hecho esta operacion à un niño es conveniente humedecer muchas veces la herida con miel rosada, ò xarabe de violetas con una pluma, ò pincel, porque los niños serán excitados por la dulzura de estos medicamentos à lamer continuamente esta parte, lo que contribuye mucho à facilitar la curacion. El Sr. *Louis* dice ha visto bien distintamente que esta accion de la lengua no solo no es provechosa, sino que sirve de obstaculo à la reunion.

(d) Veanse las nuevas observaciones del Sr. *Louis* sobre el pico de liebre en el 5. vol. en 4. de la Mem. de la Acad. Real de Cirug. de Paris.

Operador pone el medio de la venda en la frente, y dirigiendo los dos globos de adelante à atrás, cada uno por su lado, por encima de las orejas, se cruzan en la nuca, y despues trayendolos ácia la parte anterior, el Ayudante que sostiene la cabeza, y empuja las mexillas adelante, levanta los dedos, y en su lugar pone de cada lado una compresa bastante gruesa, la que se cubre con la venda, y hace constantemente el oficio que hacian los dedos del Ayudante, el qual continúa sosteniendo el aparato hasta que esté del todo aplicado. Por las dismensiones que hán sido tomadas antes de la operacion sobre la cabeza del enfermo, quando se ha llegado à los bordes de la herida con la venda, se hallan en la porcion mas larga de esta dos aberturas en forma de ojales, despues se desarrolla el otro cabo que es mas corto y está hendido en dos ramales desde esta parte hasta su extremidad: se pasan estos cada uno por la abertura del otro cabo de la venda que le corresponde, se ponen en las partes laterales de la division dos pequeñas compresas unitivas, y apretando con moderacion los cabos cruzados se reune la herida: la venda se vuelve à pasar por debaxo de las orejas para llevarla à la nuca donde se cruza segunda vez y vuelve ácia adelante por encima de las orejas: el cabo desarrollado y hendido está ya empleado, y con lo que queda del otro globo se acaba dando algunas circulares al rededor de la cabeza. Para sujetar este vendage se pone un vendalete, que de la frente pasa por la sutura sagital à la parte posterior sujetandole con alfileres los dos extremos en las circumvoluciones de la venda: otro que cruce à este en lo superior de la cabeza atando sus extremos con alfileres à la venda unitiva, y à las compresas situadas por debaxo de las arcadas zigo-

gomaticas que empujan las mexillas adelante. Este vendage mas dificil de describir, que de hacer, ha sido empleado con todo suceso por el Sr. *Louis* y otros muchos prácticos, como se puede ver en el 4. y 5. volumen en 4. de las Memorias de la Real Academia de Cirugía de París.

El Sr. *Valentin* en sus reflexîones criticas sobre la Cirugía moderna propone para la operacion del pico de liebre un nuevo vendage ò instrumento, con el qual dice se pueden mantener con mas solidéz los labios de la herida en un contacto inmediato. Abraza el labio hendido de uno, y otro lado à un dedo de distancia de la herida, y procura una suave y continuada extension al labio, con lo que contiene solidamente en un contacto inmediato los bordes de la herida; y sin quitarle se tiene la facilidad de curar à el enfermo siempre que lo exîjan las circunstancias, pudiendose sin descomponer nada, exâminar todos los dias el trabaxo de la naturaleza en quanto à la reunion. El Sr. *Valentin* ha tenido dos veces ocasion de servirse de él con felicidad en dos picos de liebre compuestos.

ARTICULO TREINTA Y SEIS.

DE LA OPERACION DEL FRENILLO, y precauciones que se deben observar para cortarle.

LAS Comadres ignorantes tîenen la perniciosa costumbre de rasgar con las uñas el frenillo de la lengua de los niños recien nacidos, ò de cortarle con las ti-

xeras por la firme creencia en que están de que esta operacion es indispensable para que el niño pueda mamar con facilidad, y hablar siendo grande. Antes de venir à esta operacion dice el Sr. *Petit* (a), se debe primero exâminar, si es necesaria, ò no. Si el niño alarga la lengua hasta los bordes de los labios, si toca con su punta en el paladar, si coje el dedo y le chupa quando se le mete en la boca, no es necesario cortar el frenillo, pues tiene la lengua todo el movimiento necesario à esta edad, esto es para la succion y degluccion.

Quando el Sr. *Petit* estaba en duda si era necesario ò no cortar el frenillo, hacía poner el niño al pecho, si podia mamar no le cortaba aunque estubiese algo impedido el movimiento de la lengua, difiriendo la operacion hasta despues del destete por ser en este tiempo mas facil, y haber observado muchas veces que este vicio se corregia insensiblemente con la edad, de suerte que los niños, à quienes todos habian juzgado ser necesario cortar el frenillo quando nacieron, no dexaron de hablar despues con mucha libertad. Además, como esta operacion es mas dificil en esta primera edad, temiendo siempre cortar mas ò menos, se la suspende con razon hasta otro tiempo, à no ser forzoso hacerla por la imposibilidad de no poder mamar el niño. El Sr. *Petit* se vió una vez obligado à hacer una segunda seccion del frenillo à un adulto para darle la libertad suficiente para hablar. Si al contrario la incision ha sido muy prolongada, la parte anterior de la lengua no teniendo quien la sostenga; el enfermo las mas veces habla balbuciente. A cada lado del frenillo están las arterias y venas raninas, que

(a) En sus obras postumas tom. 3. cap. XIV. §. 2.

que con facilidad una mano poco diestra podrá cortar, especialmente las venas que están mas superficiales; y como el niño recien nacido está continuamente chupando aumenta con la succion la hemorragia, y muere chupandose su propia sangre. La historia de la Cirugía nos ofrece muchos exemplos de estos.

De lo dicho se colige que la operacion del frenillo reputada por de poca conseqüencia, pide una diestra y prudente mano para hacerse con seguridad, y no obstante que la hemorragia que algunas veces sobreviene nos pone siempre en cuidado, porque algunos desgraciados casos han enseñado es peligrosa; tambien es verdad que un diestro Cirujano se puede hacer dueño de la sangre facilmente. El Sr. *Petit* asegura no ha visto perecer de esta hemorragia ninguno quando ha sido llamado para su socorro, y dice que el mejor medio de detenerla, es el impedir la succion poniendo inmovil la lengua, lo que consiguió con un medio tan simple, como ingenioso que ha inventado, y que siempre le ha servido. Toma una ramita de alamo blanco, la corta por debaxo de las dos ramas reunidas que forman una orquilla; escogia en quanto era posible la que tenia las dos ramitas de igual grueso, la cortaba de modo que el tronco tenia quatro lineas de largo, y cada rama ocho, lo que formaba una especie de orquilla ò de Y griega, cuyas ramas eran mas largas que el tronco: la cubria toda con un un vendalete de lienzo delgado y la ponia debaxo de la lengua, de modo que el extremo del tronco afirmase contra la mandibula inferior, y que el ángulo formado por las dos ramas, apoyase sobre las aberturas de los vasos: las dos ramas estendiendose à la derecha y à la izquierda por debaxo de la lengua impiden se pueda

mo-

mover ácia los lados, y la mantenia sujeta en esta situacion con una venda de lienzo fino de ocho à diez lineas de ancha, y de cinco quartas de larga aplicando el medio de esta venda sobre la lengua lo mas adentro que permitia la abertura de la boca, y pasando despues los cabos por debaxo de la barba lo mas cerca que podia de la larynge sin incomodar à el niño, los cruzaba en esta parte, y despues los llevaba ácia atras para sujetarlos al gorro. (b) Este vendage empuja la lengua sobre la orquilla; la que estando sostenida en la mandibula, y puesta en linea recta por las dos ramas, no puede mudar de situacion, y los vasos se hallan comprimidos por dos fuerzas; de abaxo à arriba por la orquilla, y de arriba abaxo por la venda, de modo que estando el vaso comprimido, y la lengua sujeta, la sangre se detiene.

El Sr. *Petit* consiguió con este artificio salvar à un niño, à el que continuando la hemorragia despues de veinte y quatro horas le habia debilitado mucho. Este gran Cirujano advierte que puede venir la hemorragia despues de la operacion, aunque esté bien hecha, y no hayan sido ofendidas las venas raninas: él ha visto un caso semejante, en donde faltaba mas de dos lineas para que el instrumento hubiese tocado estas venas, y no obstante vertió una cantidad considerable de sangre. Esto puede suceder quando algunos ramos considerables de estos vasos

(c) La prática ha demostrado que la aplicacion de la venda propuesta no puede comprimir la lengua sirviendo de obstaculo las comisuras de los labios: pero esto se consigue facilmente cosiendo à la venda en aquella parte que se pone sobre la lengua una compresa semejante à la que el Sr. *Petit* puso en la venda de quatro ramales para mantener la lengua en su situacion, è impedir que el niño la ranversase ácia arriba, de la que hablo mas adelante en este mismo Artic.

sos se distribuyen en la duplicatura del frenillo, como sucede regularmente quando éste se halla mas grueso que lo regular.

Otro accidente amenaza quando se ha cortado el frenillo sin necesidad, ò que se ha llevado la incision mas allá de sus justos limites. La poca sangre que siempre sale de los pequeños vasos abiertos excita á el niño á la deglucion, y como la lengua en semejante caso no está suficientemente contenida por el frenillo, que con imprudencia se ha cortado, se dobla ácia atrás, de tal suerte que la punta se dirige ácia la boveda del paladar, y al mismo tiempo su base deprime la epiglotis, y cierra la glotis, de donde se sigue una pronta sofocacion. Un niño á quien se habia cortado el frenillo luego que nació, se ahogó cinco horas despues: llamaron á el Sr. *Petit* para hacer la abertura del cadaver, y metiendo el dedo en la boca no encontraba la lengua, solo sí una masa carnosa que cerraba el paso de la boca á la garganta: rompió los dos carrillos hasta los musculos maseteros, y encontró la lengua ranversada del lado del velo del paladar, y la punta vuelta ácia la pharynge en donde habia sido empujada por los movimientos de la deglucion.

Parecióle este caso extraordinario, y quando estaba buscando la causa de este hecho, le llamaron para un niño hijo de un Sillero del Rey, que le habian cortado el frenillo dos horas despues de nacer, y que à poco tiempo habia caido en el mismo estado que el primero. Su primer cuidado fue introducir el dedo hasta la lengua, que aun no estaba del todo ranversada hacia la garganta; al situarla en la boca hizo un ruido semejante al de un pistilo de una xeringa quando se saca

con

con fuerza. Despues de haber retirado su dedo observó que el niño hacia con la boca lo que hacen los que maman, y oyó un ruido de deglucion que duró quatro ò cinco minutos, cayendo de pronto en el estado de sofocacion en que estaba antes: volviendo à introducir el dedo repuso de nuevo la lengua en la boca, y la mantubo en esta situacion algunos minutos con el dedo: despues le hizo poner à el pecho, y mamó con facilidad: una hora despues cayó en el mismo accidente, y habiendole socorrido por la tercera vez, tubo por conveniente para impedir esto servirse de una compresa de dos dedos de larga, quince lineas de ancha, y de media pulgáda de grueso, cosida à una venda de quatro ramales, por medio de la qual sujetó la lengua en la boca desde su punta hasta cerca de su base, en donde la compresa estaba situada. Este aparato se quitaba quando el niño queria mamar, volviendole à poner despues para contener la lengua.

Habiendo servido con felicidad este medio por todo el dia, se envió el niño con el ama à la casa de ésta que estaba fuera de la Ciudad, la que omitiendo el vendage por algun tiempo, cayó el niño en el mismo estado de sofocacion, y no habiendo quien le pusiese la lengua en su lugar se sofocó, encontrandole el Sr. *Petit* en aquel estado desgraciado en que se hallan los que han sido extrangulados. Dos, ò tres años despues fue llamado para un niño de su vecindad, y no habiendose fiado de nadie tubo el gusto de verle libre de este peligroso accidente por los medios dichos.

Lo que parece aun mas singular, es, que la misma desgracia dice el Sr. *Petit*, sucedió à un niño dos horas despues que nació sin haberle cortado el frenillo, à el que

que habiendole metido por casualidad el dedo en la boca, en el instante cesó la sofocacion, la que volvió à suceder muchas veces, y siempre cesó con el mismo medio, por lo que tubo que poner de guardia algunas personas de dia y noche al lado del niño para impedir que no se sofocase, hasta que perdió la costumbre de tragarse la lengua, que fue à las dos ò tres semanas. No estrañarán estos hechos los que saben que los esclavos de angola se sofocan à si mismos por este medio para vengarse de sus dueños, quando creen que han sido injustamente castigados. ¿El accidente sucedido al niño de que habla el Sr. *Petit* no se puede atribuir à la gran flexîbilidad del frenillo? ¿y no se podrá tambien suponer que la violencia de las convulsiones de los musculos de la lengua producen un efecto semejante en los epileticos que se sofocan en el paroxîsmo?

Quando es indispensable cortar el frenillo se deben tener grandes precauciones para no abrir los vasos raninos. Si puede el Cirujano meter sus dedos entre la lengua, y la mandibula inferior, hará facilmente esta seccion con unas tixeras de puntas romas; pero como sucede muchas veces estar la lengua tan fuertemente atada, que no se puede levantar su punta para cortarle, en este caso con seguridad se levanta la lengua con la espatula que trae el Sr. *Heister*, ò con la sonda en cuyo extremo tiene una especie de orquilla muy comoda para este fin. El Sr. *Petit* ha inventado, y hecho grabar un excelente instrumento con el qual se puede hacer esta operacion con toda seguridad (c), y al mismo tiempo ha demostrado las imperfecciones de otro instrumento de que tenia costumbre servirse antes.

(c) Se halla grabado en sus obras postumas tom. 3. tabla 44. es muy

Algunas veces sucede pero muy raramente estar unida la lengua por los lados à las partes circunvecinas por medio de ligamentos preternaturales que es necesario cortar (d), lo que se hace sin peligro por no haber tanto riesgo de abrir los vasos, como en la operacion del frenillo. De poco tiempo à esta parte se ha observado un nuevo obstaculo à la succion, del qual casi nadie ha pensado hasta el presente: este es quando está la lengua tan fuertemente arrimada al velo del paladar que parece está pegada con cola (e). En semejante caso es necesario apartarla del paladar con una espatula ù otra cosa equivalente para que el niño pueda mamar y tragar. En la historia de la Academia Real de Cirugía de París se cuentan los casos de tres niños que estubieron muchos dias sin poder mamar por esta sola razon y que se libertaron felizmente por este tan simple medio.

El Sr. *Faure* (f) célebre Cirujano de Leon de Francia, ha

---

muy comodo y son unas tixeras cuyas puntas están armadas de una plancha doblada, ò replegada, y hendida para recibir el frenillo: este instrumento defiende los vasos y evita la hemorragia, à menos que por algunas variaciones bastante comunes en la distribucion de los vasos en general, y no tan rara en este caso, entre en la estructura del frenillo un ramo de arteria bastante considerable, y entonces se puede recurrir y con felicidad à los pedazos de agarico sostenidos por la orquilla arriba dicha del Sr. *Petit*, ò à el cauterio actual.

(d) *Levret*. arte de los partos §. 1312. pag. 241. Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París 5. vol. en 4. pag. 413. y siguient.

(e) Esta observacion es muy importante, y no se halla escrita en ningun Autor, habiendo sido comunicada à la Acad. Real de Cirugía de París por un Cirujano que habia salvado la vida à su hijo, despues de haber estado muchos dias en la mayor preplexidad, porque no podia mamar: muchos miembros de la Academia dixeron que habian visto algunos niños ser victimas de esta mala situacion de la lengua que es tan facil de remediar. Dic. de Cirug. del Sr. *Louis*. Artic. FRENILLO (*operac. de él*)

(f) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 5. vol. en 4. pag. 406. y siguient.

ha observado que muchos niños recien nacidos han sacado una conformacion viciosa debaxo de la lengua, que consiste en un borde, ò cerco carnoso, algunas veces tan grueso y tan estenso que parece forma una doble lengua. Este borde impide la accion de la lengua sobre el pezon del pecho, lo que expone à una muerte cierta sino se conoce la causa que impide la succion, y se remedia prontamente: asimismo comprehende en si al frenillo, y se estiende mas ò menos à los lados. El Sr. *Faure* se vió algunas veces obligado à quitar con las tixeras esta escrecencia carnosa para dar al recien nacido la facilidad de mamar, pero en otras ocasiones se contentó con solo desahogarla por medio de algunas escarificaciones, y el suceso de este recurso le ha dispensado de hacer la extirpacion. Para hacer esta operacion, ò la del frenillo no se vale este Autor de los instrumentos inventados à este fin por diferentes Autores; sujeta la lengua del infante con los dedos indice y pulgar de la mano izquierda introducidos en la boca, observando volver la palma de la mano del lado de la nariz del niño, con los que tambien conduce y gobierna las ojas de las tixeras, y regla la operacion.

ARTICULO TREINTA Y SIETE.

DE LA RANULA.

LA ranula es un tumor, dice el Sr. *Louis* (a), que se forma debaxo de la lengua por la retencion de la saliva en sus glandulas. Todos los que han tratado de es-

(a) En su Diccionario de Cirug. Artic. RANULA.

esta enfermedad antes del descubrimiento de los organos que sirven à la secrecion de la saliva, no han podido tener las suficientes ideas sobre la naturaleza de este tumor. *Pareo*, *Fragoso*, *Daza*, *y Pedro Lopez de Leon*, famosos Cirujanos dicen, que la ranula es formada de materia pituitosa, fria, humeda, gruesa, viciosa, que cae del cerebro sobre la lengua. *Fabricio de Aqua-pendente* pone este tumor en el numero de los enkistados, y añade que es de la naturaleza del melicenis. *Dionis* es tambien de este dictamen, y dice que tiene algo de la naturaleza de las Lupias. *Munnick*, instruido por los descubrimientos de la anatomía moderna, no se ha engañado en quanto à la naturaleza de esta enfermedad, y dice positivamente que viene de una saliva muy acre y espesa, la que no pudiendo salir por los canales salivares, se detiene debaxo de la lengua. Una idéa tan conforme à la razon, como à la naturaleza de la enfermedad, no ha sido seguida por el Sr. *Heister*, habiendo extractado todo lo que dice sobre la ranula de *Aquapendente*. *Col de Villars*, en su curso de Cirugía, dice que la ranula es causada por la detencion, y espesura de la limpha que se acumula debaxo de la membrana que cubre las venas raninas. En fin el Sr. *Lafaye* en sus notas sobre *Dionis*, reconoce dos especies de ranulas: unas redondas situadas debaxo de la lengua producidas por la dilatacion del canal excretorio de la glandula sublingual; otras mas largas que redondas situadas à la parte lateral de la lengua, y formadas por la dilatacion del canal excretorio de la glandula maxîlar inferior, y añade que la causa material de estos tumores, es la espesura de la saliva, y la atonia del canal. Estas son en compendio las diversas opiniones que ha habido sobre la naturaleza y sitio de la ranula; pero si se considera lo que ella es en su principio, y se la sigue en

en sus progresos, se conocerá su verdadero caráčter.

No es tan rara esta enfermedad, que no habrá práčtico que no haya tenido ocasion de ver un gran numero de tumores de esta especie: en el principio son trasparentes y sin dolor, y se parecen à una idatide; quando son inveterados, el licor que sale se parece perfectamente por su color y consistencia à la clara del huevo, y si la materia se ha detenido mas largo tiempo, se espesa tanto que algunas veces se pone pastosa, y puede llegar à adquirir la consistencia de piedra. Por estas razones parece mas natural creer que la espesura de la saliva no es la causa de la ranula, sino efecto de su detencion, de lo que se infiere con razon, que esta enfermedad viene de la viciosa disposion de los sólidos; en efecto es producida por la obliteracion del canal excretorio, por lo que, se curan siempre estos tumores sin recurrir à medio alguno capaz de diluir la saliva, y de corregir el vicio que se supone en este humor. Esta es una enfermedad puramente local; y la sola atonia del canal no detendria la saliva, y nunca se ha obtenido la curacion de esta enfermedad sin quedar un agujero fistuloso para la escreccion de la saliva en uno de los puntos de la abertura que se ha hecho para la evacuacion de la materia encerrada en el tumor.

El Sr. *Louis* dice, ha abierto muchos, y que casi siempre le ha sucedido, que quando la incision no tenia bastante extension, los labios de la herida se reunian, y el tumor se producia despues de algun tiempo: yo he observado lo mismo muchas veces. Los antiguos han hecho la misma observacion, y esta es la razon porque *Pareo* en estos casos prefiere el cauterio actual à la lanceta. *Dionis* dice ha visto reproducirse muchas veces las ranulas por haberse contentado con hacer una simple abertura con la lanceta, y creo no habrá práčtico que no ha-

haya observado lo mismo. Para precavēr este inconveniente prescribe *Dionis* el empapar en una mezcla de miel rosada y espiritu de vitriolo un pequeño lienzo atado al extremo de un hilo de vallena con el que se frotará lo interior del Kiste pata que se consuma ò exfolie.

No hay Autor alguno, dice el Sr. *Louis*, que no confiese que la situacion del tumor no permite la total diseccion del Kiste: los sucesos que *Fabricio de Aquapendente* tubo con solo hacer una incision en toda la extension del tumor, no le quitaron esta preocupacion: el Sr. *Heister* (b) aconseja la extirpacion, aunque dice es peligrosa, y muy dificil de hacer en los niños, y que por la naturaleza de las partes vecinas, no se pueden extraher sin causar grandes daños: pero si este pretendido Kiste no es otra cosa que la misma glandula, ò canal excretorio dilatado por la detencion del humor salivar ¿no será peligroso el irritar el fondo del tumor, para destruir las paredes, en defecto de la extirpacion que juzga necesaria y que siente no hallarla posible? Todas las veces que se ha hecho una suficiente incision que ha permitido el aplanamiento de los labios de la herida no se ha vuelto à formar. *Munnick* recomienda expresamente esta incision, y *Vossius* pone la pequeña abertura que se hace en este caso en el numero de las principales faltas que se pueden cometer en el método de tratar esta enfermedad, y de donde depende la reproduccion de este tumor, aunque tambien recomienda la destruccion del Kiste; pero para esto propone solo los remedios astringentes y desecantes, cuyo efecto es limitado à dar resorte à las partes que han padecido una grande extension, y à reducirlas en quanto sea posible à su estado natural; siendo pura preocupacion que este Autor creyese deshacer

(b) Inst. Chirurg. tom. 2. part. 2. secc. 2. cap. LXXXIX. pag. 328.

cer y consumir insensiblemente el Kiste con los remedios de esta clase.

Los tumores salivares son las mismas glandulas, y sus conductos excretorios dilatados por la saliva detenida, y asi el nombre de tumor enkistado no le conviene propiamente à la ranula, y aunque se llaman à estas dilataciones tumores enkistados, no son del género de aquellos en quienes se debe destruir y extirpar el Kiste, debiendose solamente abrir en toda su extension, y en caso que los bordes de esta solucion estén entumecidos, duros, ò incapaces de restablecerse à su estado natural, à causa de la grande extension que esta parte habrá padecido por el considerable volumen del tumor, se les puede cortar. El Sr. *Louis* ha observado que la curacion radical dependia siempre de un agujero fistuloso que quedaba para la excrecion de la saliva, y que quando se halla inferiormente detras de los dientes incisivos, hay en ciertos movimientos de la lengua una evacuacion de saliva muy incomoda. Este inconveniente, segun el Sr. *Louis*, se puede precaver, pues bastando para la perfecta curacion procurar à el humor salivar retenido una salida que no se pueda consolidar, le parece que la perforacion del tumor con el cauterio actual, como *Pareo* lo ha propuesto, sería un medio muy eficáz, y menos doloroso, y aun preferible por ser el Cirujano dueño de formar la abertura del tumor para la excrecion permanente de la saliva en el sitio mas apartado de la parte anterior de la boca, y libertar á los enfermos de la incomodidad de babear continuamente, ò de arrojar la saliva sobre las personas con quien hablan. El mismo Sr. *Louis* (c) aconseja otra curacion muy suave y simple: esta consiste en hacer una pequeña aber-

(c) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 5. vol. en 4. pag. 420.

abertura en el tumor, en la parte que se tenga por conveniente, se comprime el tumor, y se saca la saliva detenida, despues se pone en la abertura un estilete de plomo, éste se quita todos los dias, se vacia el tumor, y se vuelve à poner el estilete: esto se hace por quince ò veinte dias, que es el tiempo suficiente para que la abertura quede fistulosa; pero à la verdad este genero de curacion solo puede convenir en los tumores recientes.

ARTICULO TREINTA Y OCHO.

DE LA INFLAMACION DE LA LENGUA.

LA inflamacion de la lengua tiene por causas las mismas que qualquiera otra parte de nuestro cuerpo; pero las mas comunes son la terminacion de una enfermedad maligna, cuyo humor se viene à depositar en ella, como lo hace muchas veces en las glandulas parotidas, ò la impresion de las substancias venenosas sobre esta parte. Esta inflamacion pide prontos y eficaces auxîlios, como lo demuestran las observaciones siguientes. Un hombre, dice el Sr. *de la Malle*, el hijo, à quien debemos la publicacion (a), convaleciente de una fiebre maligna fue acometido de pronto la noche de ocho à nueve de Marzo de 1725 de un dolor en la lengua, seguido de una tumefaccion tan considerable como pronta: en menos de cinco horas se puso esta parte tres veces mas gruesa que en su estado natural. El Sr. *de la Malle* el padre, Autor de esta observacion le hizo sangrar

(a) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 5. vol. en 4. pag. 420.

grar succesivamente del brazo, de la vena yugular, y del pie, pero sin suceso: el enfermo sentía un dolor agudo, tenía el cutis muy ardiente, la cara entumecida y morada, el pulso duro y contraido, la vista turbada, la respiracion dificil, la lengua llenaba toda la boca, y salia fuera de los labios. En este caso tan urgente el Sr. *de la Malle* tomó el partido de poner una cuña entre los dientes para tener la boca algo mas abierta de lo que estaba por la inflamacion excesiva de la lengua, y hacer con un bisturí sobre lo larga de ésta, desde su base hasta su punta tres incisiones paralelas, la una en medio y las otras dos junto à los bordes que penetraban las dos partes del grueso preternatural que entonces tenia. Estas incisiones surtieron todo el efecto qué se podia esperar, pues saliendo una gran cantidad de sangre, la lengua se desinflamó de tal modo que el enfermo pudo hablar una hora despues. A otro dia por la mañana la lengua habia ya tomado su estado natural, y las incisiones parecian unas ligeras escarificaciones que se curaron en pocos dias, sirviendose de tiempo en tiempo en forma de enjuagatorio de una infusion de yerba buena, y flores de sauco animada con un poco de agua vulneraria.

Era necesario un socorro tan pronto en su efecto para salvar la vida al enfermo en la critica circunstancia en que se hallaba por los rapidos progresos de la tumefaccion de la lengua. Estos mismos medios curativos fueron confirmados con el mismo buen exîto en otras muchas ocasiones por los Sres. *de la Malle* padre è hijo, y antes por *Job de Mee-kren*, célebre Cirujano Holandes (b). El Autor à quien debemos la publicacion de estas

(b) Observ. Medico-Chirurg. cap. XXII. de Tumore gravi linguæ, partiumque vicinarum. pag. 107.

observaciones, asegura que dos incisiones son suficientes quando el cuerpo de este organo está inflamado en todas sus dimensiones, y que hay casos en que la tumefaccion ocupa un solo lado, como lo observaron su padre, y *Joel Langelot* (c).

He dicho que la tumefaccion de la lengua puede ser causada por la impresion de las sustancias venenosas sobre esta parte: el mismo Sr. *de la Malle* cuenta una importante observacion del Sr. *Dupont*, que confirma el buen efecto de las incisiones en casos semejantes. Un mozo de diez y seis años mascó un sapo vivo: dos horas despues se incharon considerablemente el paladar, la lengua, lo interior de los carrillos, y los labios. A las quatro horas perdió el sentido, y le sobrevinieron hipo, nauseas, y sudores que no fueron frios, como aquellos que se notaron en los dos Comerciantes de que habla *Pareo* (d). Este mozo no fue visitado hasta pasadas veinte y quatro horas de su accidente: todos los sintomas dichos subsistian, la cara estaba azulada, la saliva salia de la boca involuntariamente, pero en corta cantidad, la deglucion no se podia hacer, las venas jugulares externas estaban inchadas, la lengua muy negra, y salia de la boca mas de dos dedos y medio, teniendo à lo menos tres de grueso, la respiracion era tan dificil por la inchazon de las partes que circundan la larynge, que el Sr. *Dupont* pensaba en hacer la operacion de la bronchotomia si los medios que iba à intentar no producian pronto y saludable efecto.

La primera indicacion era procurar la disminucion del volumen excesivo de la lengua, y precaver la gangre-

(c) Ephemerid. Medico Physic. Ann. VI. è VII. pag. 20.

(d) En sus obras de Cirug. en el lib. 21. de los venenos, cap. XXXI. de la mordedura del sapo.

grena que estaba amenazando à esta parte; para esto el Sr. *Dupont* comprimiendo con la hoja de mirto quanto fue posible la lengua, la cortó con un bisturí profundamente, comenzando lo mas cerca que pudo de su base, y finalizando en su punta: vertió abundantemente sangre por ellas, y no obstante esto le hizo sangrar dos veces de la garganta en quatro horas. El relaxamiento que estos socorros produxeron al cabo de seis horas permitió que bebiese agua emeticada; las evacuaciones fueron abundantes por arriba y por abaxo, y la mayor parte de los accidentes se disiparon casi con la misma prontitud que sobrevinieron: le hizo hacer enjuagatorios por algunos dias con agua anmoniacada, animada con un poco de aguardiente, le mantubo libre el vientre, y despues con un poco de vino melado procuró la detersion y consolidacion de las heridas hechas en la lengua, y el enfermo curó en quince dias.

Estos hechos de práctica son muy utiles, y hacen la apologia de una operacion de Cirugía muy eficáz en una tan urgente circunstancia, en la qual la vida del enfermo está en eminente peligro. De estas observaciones se puede inferir que las incisiones de la lengua habrian impedido la muerte de muchos enfermos que han perecido de sofocacion por la tumefaccion, ò inflamacion de este organo. El virus de las viruelas se deposita sobre esta parte algunas veces con tal fuerza que tenemos muchos exemplos de haber causado la putrefaccion que se hubiera podido precaver, procurando en tiempo el desahogo de los vasos y texido celular de esta parte. Los hechos son bastante multiplicados para acreditar el método curativo que he propuesto, y no poner en duda su buen exîto, debiendo este asunto dar un capitulo mas à nuestros tratados de operaciones.

ARTICULO TREINTA Y NUEVE.

DE LA RESCISION O CORTE de la parte excedente de las Tonsilás, ò Amygdalas.

EN lo posterior de la boca detras del velo del paladar, dice el Sr. *Louis* (a), hay un cuerpo glanduloso de cada lado, de una extructura particular, al qual no se le ha hallado conducto excretorio: llamanse à estos cuerpos amygdalas, ò tonsilás. Estas están sujetas à una tumefaccion inflamatoria, que impide principalmente la deglucion: esta inflamacion constituye la mas freqüente y menos peligrosa clase de Angina. La experiencia ha demostrado que la resolucion tan deseada en general en los tumores inflamatorios, en este caso es una terminacion menos favorable que la supuracion. Quando se forma un absceso en la tonsilá, su expontanea abertura, ò la que en esta parte hace el arte, procura un aplanamiento mas completo de las paredes elevadas sobre el centro que contenia el pus: al contrario por la resolucion, el cuerpo glanduloso no se desentumece tan perfectamente, y lo que queda de tumefaccion suele ser en estas glandulas una disposicion à inflamarse mas facilmente en otro caso, y la recidiva mas ò menos freqüente de estas fluxîones de garganta, en las que succesivamente el cuerpo glanduloso aumenta en dimensiones preternaturales permanentes, produce al fin una tumefaccion habitual muy incomoda, que los buenos Autores han conocido y perfectamente descrito, y con-

(a) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 5. vol. en 4. pag. 423.

contra la qual siempre se ha hechado mano de los socorros de la Cirugía.

Juncker (b) dice, que quando estas glandulas sirven de obstaculo à la deglucion deben de ser acometidas por los medios chirurgicos, y expresamente designa que la extirpacion debe de ser solamente de la porcion excedente. El Sr. *Heister* no hace mas que parafrasear el texto de *Juncker*, y exponer los tres diferentes métodos que se hallan escritos en los Autores para conseguir la curacion, y concluye diciendo que la extirpacion le parece preferible à la ligadura, limitando ésta à solo los tumores con pediculo (c), de suerte, que de su doctrina se infiere ser los corrosibos el medio mas comun, y que la práctica hubiera debido acreditar. La experiencia enseña lo contrario, y ha hecho ver quanto se puede temer del uso de los causticos. El célebre *Boerhaave* confiesa que apenas se atrevia aconsejar en estos casos la administracion de ellos por medio del cancer, lo que no es dificultoso suceda especialmente en las tonsilas, cuya dureza es muy considerable. El Sr. *Van-swieten* los tiene por muy peligrosos, y dice que el unico recurso es el instrumento cortante (d).

El Sr. *Sharp* (e) que se gloría de ser discipulo de *Cheselden*, pretende que la ligadura de las tonsilas es un descubrimiento hecho por la Cirugía Inglesa: sin duda no habia leido à *Guillemeau* (f) que habla de este medio aun

(b) Conspect. Chirurg. tabul. XCIII. de operat. incavitate oris. pag. 619. et 620.

(c) Inst. Chirurg. tom. 2. part. 2. sec. 2. cap. XCVI. pag. 340. y 341.

(d) Comentarios à los Aphorism. de Cirug. de *Boerhaave* Aphorism. 797.

(e) Recherch. Critiq. sur l'etat prescent. de la Chirurg. cap. VI. sec. VII.

(f) Oeuvres de Chirurg. cap. VI. Des tumeurs des Amygdales. pag. 687.

aun con alguna preferencia; aunque la que el Sr. *Sharp* la da en su tratado de operaciones es mucho mas, pues es exclusiva. La asercion por la qual empieza este Autor el capitulo de la extirpacion de las Amygdalas en su tratado de operaciones de Cirugía, hará una viva impresion sobre el espiritu de los Cirujanos que no hayan experimentado sus malos efectos. Preocupado de esta doctrina el Sr. *Moscati*, hizo en un enfermo la ligadura à una tonsilá; inmediatamente se puso de un color amoratado obscuro, à las diez, ò doce horas de la operacion la inflamacion se extendia por el velo del paladar, le sobrevino calentura con frios, y no obstante las sangrias, gargarismos emolientes, y cataplasmas anodinas, la tumefaccion inflamatoria aumentó, y el enfermo se puso en el estado mas peligroso por la dificultad de respirar y la imposibilidad absoluta de tragar. En este conflicto tomó el Sr. *Moscati* el partido de cortar el tumor en la parte ligada con lo que cesaron los accidentes por instantes, y el enfermo salió del Hospital en veinte y quatro dias perfectamente curado de la operacion que se le habia hecho (g).

El Sr. *Moscati* conoció desde luego que la ligadura no estaba tan esenta de inconvenientes como habia creido, y dice el Sr. *Sharp*, que por el temor no fundado de una hemorragia posible, habia expuesto à el enfermo à un peligro cierto, que no era menos temible. Convencido el Sr. *Moscati* por su propia experiencia, en todos los enfermos que despues se le presentaron prefirió el corte con el bisturí à el enlazamiento, lo que executaba del modo siguiente. Sentado el enfermo en una silla à la luz, cogia la glandula con una

(g) Mem. de la Real. Acad. de Cirug. de París, 5. vol. en 4. pag. 445.

una erina (h), y con un bisturí corvo sujeto en su cabo, y cubiertas con un vendalete las dos terceras partes de la cuchilla, hacia el corte comenzando por la parte superior de un solo golpe de bisturí; pero viendo por su propia experiencia que no cortandola con prontitud puede sobrevenir à el enfermo una tós violenta que obligue al operador à abandonar la operacion, dexando la tonsilá casi cortada, y que ésta puede caer sobre la glotis, y ponerle en estado de sofocacion, se determinó à operar del modo siguiente.

Sentado el enfermo como queda dicho, en lugar de coger la tonsilá con una erina para amputarla, hace una incision à lo largo sobre la glandula con un bisturí corvo, sujeto con un vendalete, despues corta la tonsilá al través, de suerte que la protuverancia de esta glandula se halla dividida en quatro partes por una incision crucial, cuidando de que la profundidad de las incisiones corresponda relativamente à el grado de tumefaccion, y pone en las incisiones por medio de una pequeña sonda unas hilas secas, haciendo esto algunas veces al dia, à fin de impedir su reunion: pasados tres ò quatro dias corta una de las quatro porciones de la tonsilá, y hace lo mismo con las otras, dexando pasar de un corte à otro dos ò tres dias, lo que egecuta del modo que dixe arriba al cortarla de un solo golpe. Hecha la operacion por partes, no es de modo alguno trabajosa, ni al enfermo, ni à el Cirujano, la curacion se hace en poco tiempo, y no presenta dificultad.

Las

(h) Los mejores prácticos prefieren la erina simple à la doble por ser mas facil de desprenderse si no se puede acabar el corte de una vez, como sucede regularmente quando sobreviene à el paciente una tós violenta.

Las tixeras corvas sobre su plano con las piernas bastante largas serían de grande utilidad en este caso. El intervalo de algunos dias que dexa el Sr. *Moscati* entre las diferentes secciones de la misma glandula, segun el Sr. *Louis* no es esencial, y pueden hacerse en un mismo dia; pero el Sr. *Moscati* advierte que ha seguido este método por acomodarse à la pusilanimidad de los enfermos; y que los buenos efectos que observó en muchos le hicieron poner en la firme resolucion de seguir constantemente el método de hacer la doble incision un dia, y dexar la amputacion de la glandula dividida para otro.

El Sr. *Moscati*, siguiendo à todos los buenos Autores dice, que la operacion que conviene à la tumefaccion de las amygdalas, no es la extirpacion de estas glandulas, sino una simple rescision del volumen de la parte excedente contra el orden natural. De lo dicho se infiere, que no es posible llegar con el instrumento à los vasos algo considerables que están situados detrás de esta glandula, y por consiguiente no estar fundado en razon el temor de la hemorragia, aun quando se haga de un solo golpe de bisturí, y advierte un punto muy esencial que se deduce de la naturaleza de la misma operacion, y es de no practicarla en los casos en que estén las tonsilás verdaderamente escirrosas ò carcinomatosas, pues sería obrar contra las reglas de la sana Cirugía, proceder à la curacion de un tumor carcinomatoso, ò à lo menos escirroso por una simple rescision, y se admira proponga esta operacion el Sr. *Sharp* en las tonsilás que se hallan en este estado, siendo directamente opuesta à los principios mas ciertos del arte de curar.

El Sr. *Foubert* (i) presentó à la Academia de Ciru-

(i) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 5. vol. en 4. pag. 461.

rugía de París un método que él juzgaba mas simple y facil que aquellos de que acabo de hablar: dice le ha practicado muchas veces con felicidad, y es el siguiente. Preparado el enfermo por los remedios generales se sienta en una silla à la luz, se coge la superficie de la amygdala con unas pinzas de pólypos, y tirando de ella con suavidad se corta de un solo golpe con un bisturí de cabo largo: añade que tirando asi la amygdala, los vasos estan distendidos, y su contraccion despues del corte contribuye à la mas pronta cesacion de la sangre. En las primeras operaciones que hizo de esta clase tubo la precaucion de prevenirse de pinceles para tocar la superficie de la glandula con el agua de Rabel, ò el agua aluminosa en caso de hemorragia; però nunca tubo necesidad de otra cosa que hacer enjuagar la boca con agua fria, y un poco de vinagre. Tambien nos advierte este Autor tengamos la glandula bastante firme con las pinzas, porque encontrandose algunas veces en su centro concreciones petrosas, sino se sujeta bien no se podrá cortar de un golpe; pero en este ultimo caso la sola incision es bastante para hacer la extraccion de estos cuerpos extraños.

Ultimamente el Sr. *Louis* (j) refiere muchas observaciones de los mejores prácticos de este tiempo, que son muy interesantes por su numero, y ciertas circunstancias relativas à cada caso en particular, y que confirman en general. Primera, que las amygdalas entumecidas, y aun endurecidas, rara vez estan escirrosas: segunda, que el corte de su parte prominente basta para la curacion: tercera, que esta reseccion se puede hacer con un instrumento cortante, sin miedo de hemorragia, y que unas tixeras bien hechas bastante largas de pier-

(j) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 5. vol. en 4.

nas, corvas sobre el plano, cuyas ojas cortantes sean ligeramente curbilinas podrán satisfacer todas las indicaciones que se pueden tener para el corte de las amygdalas; especialmente si à esto se junta una erina simple, y un dedil de oja de lata, ò de plata, ò en su defecto el dedo indice izquierdo cubierto de un vendalete de lienzo para preservarle, cuya posicion entre los dientes del enfermo hará el oficio de un *speculum oris* mas seguro que qualquiera otro instrumento; y teniendo la erina con el dedil y el dedo pulgar se corta con seguridad la porcion de amygdala entumecida con las tixeras sin haber necesidad de mas mudanza para operar en el lado derecho, que la posicion del enfermo, à fin de que reciba directamente la luz sobre la amygdala, y la necesidad de confiar la erina à un Ayudante; pero en ambos lados volviendo la convexîdad de las tixeras ácia la base de la amygdala, se podrá seguramente cortar la parte prominente situada en la concavidad que forma el plano de sus ojas.

ARTICULO QUARENTA.

DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS CAIDOS en la trache-arteria.

NAdie ignora quan importante es para vivir la libre respiracion: desde que nace el hombre está sujeto á la necesidad de respirar: la conservacion de la vida depende de la libre entrada y salida del ayre en el pulmon. Entre las causas que impiden, ò turban ésta, se cuentan los cuerpos extraños introducidos en la trachearteria. Apenas ha sido tratada esta materia hasta el Sr. *Louis*

Louis (a): este Autor ha reunido todo lo que se halla escrito en muchos Autores, de lo qual resulta un cuerpo de doctrina por el que nos debemos gobernar en estos lances, y evitar todas las dudas sobre este asunto: à sus observaciones junta las de otros nuevamente publicadas para dar mayor solidez à su doctrina, y poder decir que los que en adelante dexen perecer à los que desgraciadamente se les haya introducido un cuerpo extraño indisoluble en la trache-arteria, deberán ser mirados como homicidas, y que nada será suficiente para escusar su cruel timidez.

Da principio el Sr. *Louis* à este asunto por una observacion propia, y que parece haber sido la que dió ocasion à su Memoria: fue llamado en 19 de Mayo de 1750 para una niña de nueve años, que habiendose echado algunas habas en la boca se habia pasado una à la trache-arteria. En el instante la sobrevino dificultad de respirar, y una tós fatigosa y convulsiva, que hacía temer à cada momento se sofocase: habian pasado dos dias en estas agonías quando le llamaron à su socorro, la encontró sentada sobre su cama apoyada sobre los dos puños sin mas sintoma que una respiracion dificil con silvido. A la pregunta que la hizo para saber en donde sentía su mal, señaló tan exâctamente la parte, llevando el dedo indice de la mano izquierda sobre la trache-arteria, entre la larynge y esternón, que no era posible engañarse en la naturaleza de su accidente, por lo que no se detubo en asegurar positivamente à sus parientes, que la haba que los Cirujanos llamados antes habian creido estar en el esophago, de donde la habian inutilmente procurado desalojar, estaba en la trache-arteria, y añadió que no se la podia sacar sino por una opera-

 cion,

(a) Mem. de la Real. Acad. de Cirug. de París, 5. vol. en 4.

cion, que no era dificil ni peligrosa y que nunca habia dexado de aprovechar; para esto pidió una consulta, y se fue à su casa à preparar los instrumentos que creia necesarios.

Dos horas despues fue llamado y encontró ya juntos los consultantes, pero no pudo reunir sus votos: en este tiempo habia tenido la niña algun sosiego, se habia echado de lado, y quedado dormida, y habiendola despertado se la encontró estaba mejor que quando el Sr. *Louis* la habia visto. Esta engañosa calma inspiró à los consultantes una seguridad funesta, de la que fue victima la niña: los parientes à quienes la oposicion de los dictámenes tenia en la mas cruel perplexidad no pudieron resolverse à dar su consentimiento à la operacion, y el Sr. *Louis* se retiró no prestando el suyo à la administracion de dos granos de emetico que creía la podian hacer mucho daño sin esperar utilidad. En efecto estos molestaron mucho à la enferma sin fruto: no obstante à otro dia por la mañana estubo bastante tranquila, pero la respiracion aunque mucho menos trabajosa que el dia antes era siempre con extertor, y en fin murió despues de haber estado tres dias muchas veces cerca de sofocarse.

A el dia siguiente el Sr. *Bordenave* en presencia de muchos, despues de haber cortado longitudinalmente el cutis y la gordura de la parte anterior del cuello abrió à lo largo la trache-arteria, y en el instante todos vieron el haba, y el Sr. *Louis* la sacó facilmente con unas pequeñas pinzas. No es esta la primera vez que los largos intérvalos de tranquilidad que han tenido los enfermos han hecho dudar de la presencia de los cuerpos extraños en la trache-arteria, como se verá por las observaciones siguientes sacadas del quinto volumen de las Memorias de la Real Academia de Cirugía de París.

El

El Sr. *Lescure* fue llamado para socorrer una niña de quatro años que estando comiendo almendras de huesos de albaricoque, se cayó al meter una en la boca, y tragandola en este instante segun ella dixo la hizo toser violentamente por algun rato, deteniendola de repente la respiracion de tal modo que parecia se sofocaba: la tós cesó luego, la respiracion quedó laboriosa, y decia la niña sentía un ligero dolor en la garganta: el Sr. *Peyrilhe* que estaba à la sazon con el Sr. *Lescure* le acompañó y hallaron la niña en el estado siguiente.

Los movimientos de inspiracion y de expiracion no se podian hacer sino con esfuerzos muy considerables: el ayre al pasar por la glotis hacía un silvido fuerte: tenia una tumefaccion alternativa en la trache-arteria por debaxo de la larynge muy considerable à el tacto, especialmente en la expiracion. La niña tragaba facilmente los alimentos sólidos y liquidos, el pulso estaba poco agitado, la voz no se habia mudado, y la tós no habia vuelto desde el instante del accidente. No obstante estas ultimas circunstancias no dudó el Sr. *Lescure* de que el cuerpo extraño no estubiese introducido en la trache-arteria, fundado primero en que la dificil respiracion, y el silvido habian sobrevenido inmediatamente al accidente, y permanecian siempre: segundo, porque habia habido en el momento del accidente una tós violenta con peligro de sofocacion la que cesó despues: tercero, porque decia la niña sentir un poco de dolor en la trache arteria por debaxo de la larynge, y habia en esta parte una dilatacion alternativa muy sensible.

Se hizo llamar al Medico de la casa para que la cuidase, éste la encontró tan profundamente dormida que costó trabajo el despertarla: subsistian los mismos accidentes, pero algo disminuidos: la noche fue muy buena, y à otro dia por la mañana no habia otro acciden-

te

te que el silvido, que siempre era el mismo poco mas ò menos: el dolor de la garganta se habia quitado enteramente, y la niña reía, hablaba, y comia como antes: se levantó, se paseó, y parecia estar bastante buena en todo este tiempo, no teniendo otro accidente que el continuo silvido que ocasionaba el paso del ayre por la glotis. La tarde de este dia, esto es veinte y quatro horas despues del accidente, la respiracion se puso mas laboriosa, el pulso freqüente, la deglucion un poco dificil; pero sin ser dolorosa, y la tumefaccion alternativa de la trache-arteria estaba aumentada. La niña estubo muy agitada toda la siguiente noche: por la mañana la dieron sus parientes un grano de emetico, con los esfuerzos del bomito se aumentaron los accidentes de tal modo que estubo en peligro de sofocarse; despues tomó una poccion oleosa con el kermes mineral, con la qual echó algunas mucosidades por la boca. La tarde de este dia no podia respirar, sino con los mayores esfuerzos: la deglucion de la mas pequeña cantidad de liquido era casi imposible, el pulso estaba debil y freqüente; y en fin, aumentandose todos estos sintomas murió à las sesenta horas del accidente, sin que la tós volviese, ni la voz se mudase.

Para que no quedase duda alguna de estar el cuerpo extraño en la trache-arteria en presencia de los Señores de *Croismarre*, Gobernador de la Escuela Militar, *Mac-Mahon*, Medico de la enferma, y otras muchas personas; el Sr. *Lescure*, despues de haber descubierto la trache-arteria, cortó los cartilagos tiroïdes y cricoïdes por su parte anterior, è inmediatamente por debaxo de este ultimo encontró casi la mitad de una almendra, que le pareció bastante pequeña para poder con facilidad subir y baxar libremente en el canal de la arche-arteria.

El Sr. *Louis* fue llamado para un Grabador y Mer-

ca-

cader de Estampas, que cerca de quatro años antes se le habia introducido en la trache-arteria un Luis de oro (b): en el instante de su introduccion padeció los sintomas mas fuertes de sofocacion, pero le alivió un poco de agua fresca que bebió con facilidad, quedandole por algunos dias algo dolorida la garganta con disminucion de la voz. En todo este tiempo tubo algunos insultos de sofocacion que le acometian repentinamente; pero asegurado de no haber echado la moneda, porque sentia actualmente la presencia de este cuerpo extraño en la trache-arteria, y no pudiendo estar en la cama sino sentado, y si alguna vez queria echarse se ponia en términos de sofocarse, recurrió al Sr. *Louis*, y à otros Cirujanos, y Medicos para buscar remedio à su mal. El exâmen de la parte hizo ver à los consultantes que la trache-arteria tenia mas diametro del natural; y habiendo hecho creer la freqüente detencion de la respiracion que el enfermo estaba asmatico, le habian dado diferentes remedios apropiados à esta enfermedad: quando el enfermo estaba derecho, respiraba con bastante libertad, pero en mudando de situacion le venia inmediatamente la sofocacion. Todo esto se presentaba tan de manifiesto que el Sr. *Louis* creyó no encontrar oposicion en su dictâmen, que fue que la presencia del cuerpo extraño en la trache-arteria explicaba todos los fenomenos de que he hablado arriba, y que no habia mas que un medio de obtener la curacion, y era el de cortar este conducto, y hacer la extraccion de la moneda, de la qual el enfermo tan distintamente señalaba la exîstencia y el lugar; mas el número, y autoridad de los opositores prevaleció contra su dictamen, y el enfermo murió cerca de dos años despues. En la disec-

(b) Moneda de Francia del tamaño de un doblon de ochenta rs.

diseccion anatomica que se hizo de su cuerpo se encontró el Luis de oro perpendicularmente situado en la primera bifurcacion de los bronchios del lado derecho. La naturaleza y figura del cuerpo extraño contribuyeron sin duda à causar los accidentes tan tardos que hicieron perecer à el enfermo; y se debe creer que estubo muchos años detenido cerca de la larynge à la parte superior de la trache-arteria, de donde la accion del ayre le habria probablemente empujado, si se hubiese hecho en este conducto una abertura en los ultimos tiempos.

Estos hechos tan interesantes juntos à otros observados por varios Cirujanos, y referidos por el Sr. *Louis* en el quinto volumen de las Memorias de la Academia Real de Cirugía de París, prueban que se debe dar mas extension à la asercion de este Autor, de que un cuerpo extraño puede detenerse por mucho tiempo en la trache-arteria sin incomodar demasiado al enfermo. Esta calma parece desde luego incompatible con las violentas agitaciones que el liquido mas benigno excita, quando ha caido la mas leve gota sobre la glotis; pero se ha de considerar que esta está dotada de una sensibilidad mucho mas exquisita que la trache-arteria. Un cuerpo sólido que no ocupe mas que una parte del canal, puede no excitar sino una sensacion mas importuna que dolorosa, y que à la verdad aunque promueva la tós, no sea ésta por mas tiempo combulsiva ni sofocativa, que aquel en que el cuerpo extraño, obedeciendo à la impulsacion del ayre que sale del pulmon, sea llevado con violencia contra los labios de la glotis, asi lo conoció y explicó muy bien *Senerto* (c). Lo que la

(c) En su cartas à *doringius* de las quales *Bonet* nos ha conservado el extracto en su Medicina septentrional.

la fisiologia nos enseña en este punto está confirmado por los hechos arriba mencionados; cuyas observaciones hacen ver la larga detencion de los cuerpos extraños en la trache-arteria, lo que dexa à los Cirujanos un tiempo suficiente para tomar un partido decisivo.

La operacion es el solo medio de librar seguramente los enfermos del peligro que los amenaza; muy vanas serán las esperanzas fundadas en los vomitivos externutatorios y expectorantes: ¿qué serán estos mas eficaces que la tós que con justo titulo se la puede llamar la escoba de los bronchios, y que lejos de arrojar los cuerpos extraños detenidos en la trache-arteria, han precipitado por lo comun la pérdida de los enfermos, llevando estos cuerpos contra la abertura de la glotis, teniendolos alli aplicados (d)? El peligro eminente de

 só-

(d) Esto sucedió à un muchacho que estaba convaleciente en el Hospital de esta Corte este año de 74 al meter en la boca un piñon para cascarle, le asustó otro muchacho, y haciendo en este tiempo un movimiento de deglucion, se pasó el piñon à la trache-arteria (aunque él creyó se le habia tragado) nadie notó esto ni él dixo nada hasta pasados tres dias que se presentó à el Medico con calentura, dolor en el pecho, dificultad en la respiracion y en la deglucion: en este mismo estado se mantubo hasta el dia cinco por la mañana que impensadamente estando hablando le sobrevino una tós tan violenta y sufocativa, que se puso convulso y en estado de sofocarse: viendole en este estado, y creyendo estar el piñon detenido en el esophago, le introdujeron en este conducto una sonda de ballena, con lo que se sosegó. A las doce de la noche de este dia, estando durmiendo le despertaron para darle caldo, y en la accion de tomarlo le sobrevino la tós en los mismos terminos que por la mañana y le sofocó. Registrada la trache-arteria se encontró el piñon puesto piramidalmente en la larynge, ocupando toda su cavidad, indicio cierto de que la tós le habia situado en esta parte, el que impidiendo del todo la salida del ayre fue causa de la sofocacion. Nada tendria de temeridad el haber hecho la bronchotomia à este enfermo luego que se le vió sofocado: los ahogados están en una disposicion menos favorable por tener su pulmon lleno del agua que han inspirado, y no obstante esto, à muchos se los ha buelto à la vida despues de algunas horas de submersion.

sofocacion en que se halla qualquiera sugeto por un cuerpo extraño caido subitamente en la trache-arteria, en donde intercepta mas ò menos el paso del ayre, pide desde luego la operacion que nada puede suplirla. El solo caso de excepcion es quando el cuerpo extraño introducido es de naturaleza à poderse disolver en la trache-arteria, y ser despues arrojado por la expectoracion. Lo que mas nos debe animar à practicar la bronchotomia, es el no ser dificil en su execucion, ni peligrosa por sus efectos, y el que constantemente ha aprovechado quando se ha recurrido à ella. A la verdad los sucesos conocidos de esta operacion se reducen à los dos que nos cuenta el Sr. *Heister*, y otro el Sr. *Verduc* (e): en el del Sr. *de la Martiniere*, que se halla en el quinto volumen de las Memorias de la Real Academia de Cirugía de París, no fue necesario para libertar al enfermo concluir la operacion; pero no dexa de apoyarla, y se puede esperar que mediante los trabajos del Sr. *Louis*, estos sucesos se multiplicarán mas y mas para bien de la humanidad, privada por tanto tiempo del socorro de una operacion tan saludable. La experiencia está en esta parte acorde con la teórica, pues además de los buenos sucesos de las operaciones que he citado, la facilidad con que se han curado las heridas de la trache-arteria lo confirman bastantemente.

El temor de no poder encontrar el cuerpo extraño que se quiere extraher, no nos debe intimidar para no hacer la bronchotomia, pues además de que en las tres operaciones hechas en los vivos de que acabo de hablar, se encontró en todas en disposicion de poderle sacar, las experiencias hechas por el Sr. *Favier* en los perros vivos, ha demostrado que los cuerpos extraños de qual-

quie-

(e) En su Pathología de Cirugía.

quiera figura ò sustancia que sean, introducidos hasta los bronchios, por una abertura hecha en la trachearteria del animal, en el movimiento de expiracion los arrojaban con tanta fuerza, que los hacian salir por la herida de la trachea, en qualquiera posicion que estubiese el animal; de lo que se debe concluir, que la dificultad de encontrar los cuerpos extraños para poder hacer su extraccion no será en adelante un pretexto capáz de autorizar la oposicion que algunos prácticos timidos han hecho contra la operacion de la bronchotomia, en los casos en que algun cuerpo haya pasado en la trachearteria, à causa de una mala deglucion, pues estas experiencias hacen ver no hay necesidad de hacer trabajo alguno penoso para su extraccion. En fin quando ha caido en la trachea un cuerpo extraño, la indicacion urgente es recurrir prontamente à la operacion chirurgica para socorrer al paciente que está muy próximo à perecer, pues aun quando pongamos las cosas en el peor estado, esto es, que el cuerpo extraño no se presentase à el instrumento para poder ser extrahido, la operacion de la bronchotomia no adelantará la muerte à el enfermo, antes sí por este medio se le remedia de la sofocacion que le amenaza; y conservado de este modo el enfermo, se tendrá tiempo de dirigir segun convenga los medios necesarios para quitar la causa por los recursos del arte, ò de esperar sin temor los de la naturaleza.

AR-

ARTICULO QUARENTA Y UNO.

DE LA OPERACION DEL TREPANO en el esternón.

EL Sr. *de la Martiniere*, tratando en una Memoria sobre la operacion del trepano en el esternón, establece los casos en que conviene hacerla. A sus observaciones sobre esta materia tan interesante junta las que han sido comunicadas à la Academia, y de todas juntas forma un cuerpo de doctrina, que verdaderamente no se puede obtener sin reunir los trabajos de los que practican con utilidad la Cirugía, y que por el bien de la humanidad se ocupan en sus progresos. Este Autor en el año de 1734 vió (a) en el Hospital de *Spire* à un Soldado herido en el sitio de Phylisbourg, que tenia en el pecho dos heridas producidas por la entrada y salida de una bala, cuyo tramite transversal correspondia à la parte media del esternón. No habia tenido accidentes primitivos: el dia quince notó que las heridas no adelantaban lo correspondiente, el enfermo sentia alguna incomodidad en el intervalo de las dos heridas, y experimentaba un peso que le hacia respirar con menos libertad que lo ordinario. Un exâmen atento y seguido hizo conocer una ligera depresion, que aunque muy poco manifiesta, pareció suficiente para determinarse à hacerle una incision, con la que se descubrió en el esternón una fractura en forma de estrella: las hendiduras de la fractura permitian salir algo de materia purulenta, cuyo depósito estaba sobre el mediastino. En el ins-

(a) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 4. vol. en 4.

instante levantó la pieza del hueso que estaba menos unida, despues quitó otras tres, cuya extraccion pareció tan necesaria como facil, y el absceso interior fue detergido y cicatrizado sin accidente.

El Señor *de la Martiniere* hace un paralelo instructivo entre las fracturas del esternón y del craneo, y concluye, que siendo estas no solo causa, sino señal que indica el trepano, deben ser lo mismo en las del esternón. Los Autores de mejor nota son de este sentir, y el Sr. *Duverney* añade, que es digno de reparo que los Autores que tratan esta materia no dan señal caracteristica para conocer la extravasacion de la sangre ò pus que se proponen evacuar, y que guardan igual silencio sobre el buen ò mal exîto de la operacion; pero despues de la Memoria del Sr. *de la Martiniere* no queda duda sobre la posibilidad de este suceso, y su principal objeto es determinar los diversos casos en que está precisamente indicada la operacion: la necesidad y el buen exîto son igualmente probados en una observacion del Sr. *Mesnier*, Cirujano en *Angoulema*: en el caso de una fractura, el Sr. *de la Martiniere* repara que la indicacion era muy sensible para no cumplirse por todo Cirujano metódico; pero hay otras circunstancias en que puede ser esta operacion practicada con utilidad, sin que haya fractura, ni caries, y lo prueba con su propia experiencia.

Un Cochero de la Caballeriza del Rey tenia un tumor en la parte anterior del cuello inmediatamente por encima del esternón, que parecia un bronchocele, y que supuró muy dificilmente: à la abertura hecha por el Sr. *Alari* salió una materia sin digerir: el fondo del absceso fue tratado segun las reglas del arte, y quando se creia caminaba à la curacion, se notó que quando este hombre tosía salia debaxo del esternón una materia puru-

len-

lenta, y quando estaba de pie sentia una considerable opresion causada por aquella detenida en el fondo del absceso oculto debaxo del esternón: tomó el partido de hacer guardar al enfermo la situacion orizontal en la cama, y para la detersion del saco se practicaron las inyecciones convenientes: éstas no bastaron, aunque se continuaron largo tiempo, y no pudiendose hacer en esta parte los vendages expulsivos tan eficaces en muchos casos, solo restaba la contra abertura hecha por la operacion del trepano en la parte declive del fondo del absceso. El enfermo señalaba la parte en que sentia mas molestia quando estaba de pie, y que no se le habia evacuado la materia: la aplicacion de una sola corona procuró al pus una libre salida, la herida superior se cicatrizó prontamente, la detersion del fondo del absceso oculto debaxo del esternón no tardó en hacerse, y la curacion se concluyó en menos de dos meses, gozando despues de una robusta salud.

El mismo buen exîto conseguí yo en un Comerciante de esta corte; éste despues de haber padecido largo tiempo fuertes dolores en el pecho señaladamente debaxo del esternón, con alguna dificultad en la respiracion, le sobrevino un tumor en la parte alta y externa de este hueso, que à proporcion que se aumentaba, lo hacian tambien los dolores. Por consejo de los facultativos fue à tomar las aguas minerales de Arnedillo; ya fuese el efecto de las aguas, ò ya que el humor mas fermentado se pusiese en movimiento, el tumor que hasta entonces habia estado duro, y no circunscripto, se puso blando y circunscripto: concluido el tiempo de tomar las aguas, y no habiendose quitado el tumor como se lo habian prometido los facultivos con el uso de ellas, se hizo ver por un Cirujano, que luego que le registró le dixo era necesario dar salida à el material contenido, lo

que

que executó con una solucion perpendicular, que ocupaba casi toda la extension del tumor: curóle algunos dias con el método ordinario; y el enfermo aliviado y deseoso de restituirse à su casa, se puso en camino haciendose curar en él por los facultivos que encontraba en los pueblos por donde transitaba. A la primera inspeccion que hize del tumor abierto, encontré estaba el hueso esternón despojado de su periostio en bastante extension sobre la union la primera pieza superior con la segunda, pero sin alteracion en él, por lo que me contenté con poner sobre esta parte hilas secas, cubriendo la abertura del absceso con una planchuela guarnecida de balsamo arceo.

A los tres, ò quatro dias de esta curacion le sobrevino una calentura ardiente, que no se dudó fuese causada por la agitacion del camino, y la estacion ardorosa del tiempo; por cuya causa se vio precisado el enfermo à hacer cama. Curandole un dia, quando ya estaba libre de su calentura, y observando con cuidado la ulcera, noté que quando el enfermo hacía la inspiracion salian algunas gotas de materia purulenta por un pequeñisimo agujero formado en el cartilago que unia las dos piezas del esternón: introduxe un estilete por él, y percibí una cavidad bastante considerable debaxo del esternón: el enfermo no sentía molestia en la respiracion despues de la abertura del absceso, ni dolor considerable en aquella parte: atendiendo à los dolores que habia sentido el enfermo mucho antes que se formase el tumor exterior, hize juicio que este se habia formado debaxo del esternón, y que el pus aqui encerrado se habia hecho camino à la parte exterior por el cartilago que une la primera y segunda pieza de este hueso, y que los dolores que el enfermo habia sentido quando se iba formando el tumor sobre este hueso eran causados por la mate-

te-

teria purulenta, que acomulandose sobre el esternón desprendia y distendia el periostio de donde provenia tambien la inflamacion.

En las curaciones siguientes procuré introducir por el agujero con el fin de deterger la cavidad del absceso, unas gotas de cocimiento de cebada animado con aguardiente, y miel rosada, cuidando de sacar asi este liquido como la materia purulenta que salia mezclada con él en todas las curaciones, haciendo detener largo tiempo la respiracion à el enfermo: hecho esto por mucho tiempo sin utilidad me determiné à hacer mayor el agujero, lo que practiqué por medio de una corona de trepano aplicada sobre la segunda porcion del esternón, y à el lado de él, y reconociendo bien la extension de la cavidad situada debaxo de este hueso, y viendo se extendia bastante ácia la parte inferior de la abertura hecha por la corona del trepano, hize otra en la parte inferior de ésta, y despues con el cuchillo lenticular igualé los ángulos del hueso formados por las dos coronas, y aun corté casi del todo la porcion del esternón que estaba desnuda de su periostio que sería del tamaño de una pieza de plata de cinco reales, poco mas ò menos, con lo que puse à descubierto todo el fondo del absceso, el qual tratado con el método ordinario se curó en menos de seis meses con algunas ligeras exfoliaciones del esternón, y el enfermo goza hoy la mas robusta salud, quedandole en esta parte un hoyo proporcionado à la perdicion de sustancia que seguramente se puede meter en él una mediana nuez.

En este caso y en el del Sr. *de la Martiniere* del cochero del Rey, era positiva la indicacion, y no era de modo alguno equivoca, pero no siempre es tan manifiesta, como ya en otro tiempo lo observó *Paréo*, que en su Anatomia à el capitulo del mediastino refiere el precepto de

de *Co umbus* sobre la perforacion del esternón. Este Autor la aconseja para dar salida à el conjunto de humores que se puede hacer entre las dos membranas de que es formado el mediastino; pero yo quisiera preguntarle dice *Paréo*, ¿como conocerémos que hay alli tal deposito de humores? Esta pregunta no debe ser una censura contra la necesidad, ò la posibilidad de la operacion; antes si un deseo de tener señales diagnosticas, con las que se pueda emprender con seguridad. El Sr. *Freind* entra en una larga discusion sobre este asunto en su Historia de la Medicina en el Articulo de *Avenzoar*: alaba la descripcion que *Salius-Diversus* ha dado de los sintomas de la inflamacion del mediastino, y propone con *Columbus* la operacion del trepano en el caso del absceso en está parte, y refuta à *Paréo* el haberla hallado ridicula. El Sr. *de la Martiniere* venga la memoria de uno de los Cirujanos mas ilustres de la antiguedad. El Sr. *Freind*, hace decir à *Paréo* lo que él no ha dicho: éste no desprecia la operacion ni dice que sea ridicula ni inutil el practicarla, solo desea que *Columbus* hubiera dado las señales de la existencia del absceso en el mediastino, por el qual con razon quiere que se trepane el esternón. Una proposicion tan juiciosa merecia ser aplaudida, y no tan injuriosamente interpretada, como lo ha sido por el Sr. *Freind*.

Las señales del absceso del mediastino producido por causa interna se deducirán de la consideracion de los sintomas que se habrán primitivamente manifestado, de la inflamacion de esta parte, y de las señales racionales que indican la terminacion en supuracion purulenta. Tales son la remision de los sintomas inflamatorios mientras que el enfermo experimenta frios irregulares, y otros indicios locales, que no podrán ocultarsele à un buen práctico. El Sr. *de la Martiniere* observa que no siem-

pre la existencia del absceso entre las laminas del mediastino exige la trepanacion del esternón; en efecto si se extendiese ácia las partes laterales de este hueso se podrá muchas veces preferir la incision de las partes blandas en el espacio intercostal; y este sería el caso del empyema en el lugar de necesidad. La carie del esternón es una de las causas que exigen el trepano sobre este hueso, y aun de multiplicar las coronas à fin de levantar todo lo que está cariado, y acaso por falta de este socorro siendo el mas eficaz se han visto perecer muchos enfermos; habiendo tantos hechos de práctica que demuestran con que utilidad ha sido aplicado.

ARTICULO QUARENTA Y DOS.

DE LA HYDROPESIA DEL PECHO.

ES necesario convenir desde luego que hay pocas enfermedades en el cuerpo humano que sean mas dificiles à caracterizar que la hydropesia del pecho: la principal razon es que las señales de ella se confunden con la mayor parte de las de las otras enfermedades del pecho, y sobre todo con las que designan la extravasacion, sea de sangre ò de pus: no obstante pondré algunas que servirán para conocerla. Hay dolor en la parte, y tumor en uno de los brazos, y algunas veces en los dos, dificultad de respirar que principia à el tiempo del sueño, aumenta en la noche, y se calma de dia, se oye en el pecho aplicando cerca el oído, y moviendo à el enfermo, un ruido semejante à el de las aguas, y una especie de silvido quando se apoya fuertemente so-

sobre las espaldas del enfermo quando está de pie, y que se las comprime de arriba abaxo.

Las causas de esta enfermedad son las mismas que las de la hydropesia en general, esto es la relaxîon de los sólidos, y la disolucion de los liquidos, que pueden venir de la obstrucion del pulmon; de la mala conformacion del pecho, que siendo muy estrecho impide la circulacion de la tós violenta, que produce algun rompimiento en los vasos, y ocasiona por esto una extravasacion; en fin de una herida de espada, ò de arma de fuego en el pecho, qué facilite la extravasacion de la serosidad.

Si la hydropesía de pecho es dificil de conocer, no lo es menos de curar, y lo mas comun es ser incurable. En él principio de esta enfermedad se hace beber a el enfermo cada quatro horas por ocho ò diez dias un vaso de seis ù ocho onzas de cocimiento hecho con onza y media de raizes de lapato, una onza de raizes de cardo corredor y de fresa, dos dragmas de bayas de enebro, medio puñado de hojas de agrimonia y de cerifolio, dos dragmas de arcano duplicado en cinco quartillos de agua, y reducido à quatro, añadiendolo despues de colado dos onzas de xarave de las cinco raizes aperitivas: despues se pondrá à el enfermo à el uso del vino escilitico; esto es, dos cucharadas por la mañana en ayunas, otras dos tres ò quatro horas despues, una cucharada pasadas otras quatro horas; y en fin, otra pasadas otras tantas horas, tomando un caldo entre cada toma; continuando este vino por otros diez ò doce dias, teniendo cuidado en esta enfermedad de usar todos los remedios diureticos, à fin de promover en quanto sea posible las orinas, y de purgar à el enfermo si fuese el vientre perezoso con las sales catarticas y aperitivas, como la de la Higuera, la de Inglaterra, de Glau-

 ber

ber &c.; haciendo tambien uso de los Pectorales incisivos, como la emulsion de *Brunero* y otros. Si todos estos remedios no fuesen de utilidad, y la hydropesía subsistiese, se podrà aplicar en las piernas un sedal para atraher la serosidad de las partes superiores, ò hacer unas escarificaciones en esta parte, ò practicar un cauterio en la nuca; y si esto no basta, es necesario hacer la puncion. El Sr. *Moran* (a) la practicó con buen exîto en un Eclesiastico, y asegura que se descuidan mucho los Cirujanos en hacer esta operacion, que executada en tiempo, podrá salvar la vida à muchos, que sin ella mueren irremediablemente.

La hydropesía del pericardio es mas dificil de conocer, y menos susceptible de curacion que la del pecho. Regularmente es un efecto de la pleuresía, de la asma, de la phthisis y de las inflamaciones del pericardio. Se conoce en la dificultad que tiene à contraherse el corazon de donde vienen las palpitaciones, temblores, desfallecimientos y sincopes: la respiracion es muy dificil, especialmente quando los enfermos se echan de lado, y es mas facil quando están sentados y apoyados un poco sobre la espalda: tambien la tós es una señal de esta enfermedad; pero lo que la indica mas principalmente es el dolor y la opresion sobre la parte anterior del pecho: el pulso ordinariamente es vivo y duro, y se percibe entre la tercera, quarta, y quinta costilla verdadera la undulacion del agua contenida en el pericardio, quando sobrevienen las palpitaciones. En quanto à los remedios particulares à esta enfermedad, se puede contar muy poco sobre los internos; el recurso mas seguro es la puncion, aunque à la verdad este solo medio no es muy seguro, no obstante habiendose curado al-

(a) Mem. de la R. Acad. de Cirug. de Paris, 2. vol. en 4. pag. 545. y 551.

algunos abscesos del pericardio por la incison, ¿con quánta mas razon se podrá practicar aqui la puncion? Esta operacion exîge mucha circunspeccion, es menester no tocar la arteria mamaria, que está à una pulgada poco mas ò menos del esternón, y es necesario tener mas cuidado de que el corazon en sus oscilaciones no sea picado por la punta del instrumento. Para evitar estoi inconvenientes, se debe penetrar en el pericardio entre la tercera y quarta costilla verdaderas del lado izquierdo, introduciendo la punta del troycar à dos pulgadas del esternón, y empujandola obliquamente ácia el origen del cartilago xiphoïdes sin apartarse mucho de las costillas: de este modo no se herirá la arteria mamaria, el corazon, ni el pulmón.

ARTICULO QUARENTA Y TRES.

DE LAS HYDROPESIAS ENKISTADAS del Abdomen.

LA Cirugía que todos los dias camina ácia su perfeccion, ha encontrado otros recursos que la puncion, que siempre es insuficiente en las hydropesías enkistadas del abdomen. Muy dificil es, por no decir imposible, conocer à el tacto una hydropesía enkistada, quando el kiste se estiende por todo el vientre; solo se la puede distinguir con el tacto de la Ascitis quando el Kiste poco estendido permite sentir ò conocer quáles son sus limites. El Kiste en donde se junta el licor por pequeño que sea, siempre está lleno, y quanto mas licor se junta, mas se estiende en todas dimensiones: su volumen comprime las partes que toca, y quanto mas se

es-

estiende, mas las comprime; y por consiguiente mas interrumpe ò desarregla sus funciones, y se hace adherente à todas las viceras sobre que se apoya. Si el Kiste se ha vaciado por una operacion, cuya abertura se cierre prontamente, se vuelve à llenar de nuevo en menos tiempo que la primera vez, y la tercera se llenará aun mas pronto; pero si se hace de modo que la abertura hecha en el Kiste no se cierre, las paredes se acercan à proporcion de la elasticidad que tienen, y del empuje que hacen sobre él todas las partes que están à su circunferencia con el mismo mecanismo que se contrahe la matríz, que ha sido dilatada por el volúmen del *fetus* en la preñéz; por lo que à proporcion que las partes del Kiste se van acercando, los vasos ò los poros que vierten el licor en su cavidad, se van comprimiendo, y por consiguiente vertiendo menos liquido, del mismo modo que despues del parto, las evacuaciones disminuyen à proporcion que la matríz se contrahe. La abertura hecha con el troycar se cierra en veinte y quatro horas, y como el Kiste se llena tan prontamente, sus paredes se acercan muy poco de una puncion à otra; pero si se abre por una incision bastante grande, las paredes tienen tiempo de poderse acercar mucho mas: no obstante, por mucho que las paredes del Kiste se aproximen, no siempre se reunen entre sí, y la herida en este caso queda fistulosa. En fin, si el Kiste ha sido distendido y dilatado de modo que esté adherente à todas las partes del abdómen sobre que se ha apoyado, es muy dificil, y casi imposible el que se contrayga enteramente; pero sí se podrá esperar conseguir esto quando solo haya habido una mediana extension sin adherencia.

El Sr. *Ledran* (a) ha demostrado por muchas obser- va-

(a) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París. 2. vol. en. 4.

vaciones que las hydropesias enkistadas del abdomen solo ocupan una cierta extension de esta cavidad, que son circunscritas, que despues de una puncion hecha con el troycar se reconocen muchas veces los cuerpos escirrosos, que son casi siempre el origen de estas enfermedades, y en fin, que se forman entre el peritoneo y los musculos, en las laminas del mesenterio, en los ovarios, y en el epiploon. El Sr. *de Garangeot* (b) vió una hydropesia enkistada en el mesocolon de tan grande volumen que parecia una ascitis. El Sr. *Meckel* en una Memoria sobre las hydropesias enkistadas (c) nos da la observacion de una cuyo saco independiente del peritoneo, y de todas las partes contenidas y continentes del abdomen se estendia desde la pelvis hasta los hypocondrios: no duda este Autor, que este saco extraordinario fuese formado por el liquido que naturalmente se exála en la cavidad del abdomen, cuyas particulas mas gruesas uniendose produxeron en el principio una especie de ampolla, ò hydatide, y continuando en verter su fluido los vasos exhalantes, le hicieron tomar con la succesion del tiempo el extraordinario volumen à que llegó: en este caso le parece à este Autor que no pudiendo permitir la repsorcion del liquido lo grueso del saco, es nesariamente incurable esta hydropesia; la puncion solo provee un medio paliativo, que impide la grande extension del saco, y prolonga la vida à el enfermo.

Este es el dictamen casi general de todos los Autores: no obstante el Sr. *Ledran* (d) en su tratado de operaciones, y en las Memorias de la Real Academia de Cirugía de París, nos propone otra via de curacion que el

(b) Mem. leida de la Real Acad. de Cirug. de París en 1754.
(c) Mem. de la Real Acad. de Prusia, año de 1758.
(d) Artic. Las hydropesias enkistadas, pag. 167. 172.

él practicó muchas veces, y consiste en hacer en la parte media è inferior del tumor, ò kiste una incision de quatro, ò cinco dedos de larga para evacuar las aguas, y poder por este medio introducir en el kiste los medicamentos detergentes, y hacerle supurar. Por este método ha prolongado la vida à ciertos enfermos, y curado à otros, y aunque este método de cura solo sea paliativo, porque muchas veces queda fistulosa la abertura del kiste, siempre es necesario, pues con él se prolongan los dias à el enfermo; solo nos debe dar algun cuidado el aumento de las obstruciones, ò tumores escirrosos, que son la causa de esta enfermedad, pero para impedir esto no faltarán auxîlios en la pathologia y materia Medica; además que no es imposible el que resulte una cura radical; este Autor nos da una observacion de una hydropesia enkistada y curada por la incision sin fistula. El Sr. *de Haen* (e) no ha adoptado este método: le ha disputado largamente, oponiendo grandes dificultades; pero no obstante dice está pronto à admitirle, siempre que se tengan en su favor mayor numero de observaciones.

Las hydropesias del ovario son bastante comunes: en general quien forma en estas el kiste son las tunicas membranosas del mismo ovario: no es dificil conocer esta clase de hydropesia si se la puede observar desde su principio: en este tiempo solo debe ocupar un lado del hypogastrio, casi siempre comienza por un dolor lento y pesado ácia la parte lateral de la region iliaca, siendo siempre esta parte mas incomodada que las otras del vientre. El curso de las orinas siempre es muy regular, cosa muy opuesta à lo que sucede en una hydropesia Ascitis. En ésta la flutuacion del licor es manifiesta, en la del ovario no lo es tanto, y en esta algunas veces se to-

(e) Ratio. Med. tom. 2. pag. 82. et 90.

tocan à el tacto algunos cuerpos duros, los que aunque se piquen con el troycar no sobreviene otro accidente que un dolor pasagero. Esta hydropesía la ha declarado incurable *Boerhaave* (f); pero el Sr. *Van-suwieten* cita una observacion, sacada de las transacciones filosoficas del difunto Sr. *Houston*, que modera algo este pronóstico, y apoya la doctrina del Sr. *Ledran* sobre la utilidad de las grandes incisiones en las hydropesías enkistadas, y es la siguiente (g).

Todos los sintomas que una muger padecia, parecian indicar que el ovario izquierdo estaba enfermo, y en el espacio de trece años habia tomado esta parte un aumento prodigioso, elevandose el tumor en punta. El Sr. *Houston* à peticion de la enferma la hizo una abertura de un dedo de larga sobre la parte mas elevada del tumor; pero no saliendo nada, se vió obligado à dar mas extension à la solucion, con lo que facilitó inmediatamente la salida de una materia tenaz y gelatinosa, y despues à una gran cantidad de otra materia semejante à la que se acostumbra encontrar en los atheromas y estheatomas, y gran numero de hydatides de diferentes volumenes, y algunos mas gruesos que naranjas. Despues de haber evacuado todas estas materias cerró la herida con una sutura, y por medio de una curacion métodica la enferma fue perfectamente curada despues de algunas semanas. Esta observacion es muy notable, no solo por la prontitud de la cura, sino porque fue radical, y da nuevas pruebas à la práctica del Sr. *Ledran*. El Sr. *Darluc* (h) admite la abertura del kiste, pero dice solo se debe hacer en los principios de la enferme-

(f) Curatur vero numquam. Aph. 1223.
(g) Comment. in boerh. tom. IV. pag. 150.
(h) Diario de Medicina, mes de Marzo del año de 1764.

dad quando el kiste aun no ha contraido adherencias ni otro vicio, y los liquidos que encierra no han adquirido el grado de acrimonia y putrefaccion que adquieren con el tiempo.

ARTICULO QUARENTA Y QUATRO.

DE LA OPERACION CESAREA.

LA Operacion cesarea mirada otras veces como peligrosisima, no se la tiene por tanto en el dia, ya sea porque en el método de practícarla tengan mas certidumbre, ò que la necesidad haya animado à practícarla mas comunmente; lo cierto es que en estos ultimos años ha sido hecha tres veces en París, y las dos con felicidad. El Sr. *Millot*, leyó en 1774 à la Real Academia de Cirugía de París una Memoria sobre una operacion cesarea que habia hecho con buen exìto. Todo lo que corresponde à esta operacion lo trata el Sr. *Heister* docta y cuidadosamente (a): no obstante hay algunos puntos en que no se puede seguir su dictamen, los diré brevemente despues del Sr. *Pablo* (b), no tanto como dice este Autor con el fin de contradecirle, como con el de advertir de muchas aserciones peligrosas à los lectores que se podrian dexar llevar de su autoridad.

Primero: El Sr. *Heister* dice que la operacion cesarea podrá ser necesaria en el caso que esté muerto el infante, y se encuentre una desproporcion grande entre

---

(a) Inst. Chirurg. tom. 3. part. 3. secc. V. cap. CXIII. pag. 9. y sig.

(b) Mem. para serv. à la Historia de la Cirug. del sig. XVIII. Artic. CV. pag. 516.

tre su volumen, y el paso por donde debe salir, y que sea imposible el hacer la extraccion con el anzuelo, ò corchete. Las personas mas versadas en el arte de los partos no convienen en que se puedan hallar obstaculos que puedan impedir que el fectus muerto no se pueda sacar de la matriz con el socorro del anzuelo (c).

Segundo: Admitiendo esta suposicion parece sería siempre mejor en este caso sacar quanto antes el feto reputado muerto en la matriz, que dexarla cargada de un peso tan peligroso (d). No obstante el Sr. *Heister* no se declara por la operacion cesarea sino en el caso que resultasen de la presencia del fetus en la matriz accidentes capaces de hacer perecer la madre. Si esperamos estos accidentes, con fundamento se debe temer que la muger muera, y se la haga sufrir sin utilidad una operacion muy dolorosa (e).

Tercero: Si estando el fetus vivo, la mala conformacion de la pelvis opone un obstaculo invencible à el parto, sin ser no obstante imposible la extraccion por el corchete ò anzuelo, quiere este Autor que se haga uso de este instrumento aun con la certidumbre de matar el fetus con preferencia à exponer la Madre à los riesgos de la operacion cesarea, à menos, dice que no fuese una Princesa de quien se esperase un succesor al Trono. La justicia natural no hace excepcion de personas, y en circunstancias semejantes se debe tratar del mismo modo à el hijo del Rey, que à el de un Pastor (f).

Quarto: Quando habla el Sr. *Heister* de los obstaculos para el parto que pueden hallarse en la vagina, nada di-

(c) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, tom. 2. pag. 311.
(d) Ibidem.
(e) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, tom. 2. pag. 312
(f) Mem. de la Real. Acad. de Cirug. de París, tom. 2. pag. 312. y 313.

dice de la estrechez de este canal por defecto de conformacion natural: no obstante, algunas veces es tal que no se puede creer sin admiracion, que estas mugeres hayan podido concebir y parir naturalmente; pero lo uno y lo otro se ha visto suceder, procurando la naturaleza una suficiente dilatacion à la vagina para la salida del fetus. La Historia de la Academia Real de las Ciencias de París nos ofrece dos exemplos muy notables (g). Mas no obstante esto no siempre se ha de esperar à estos prodigios: reconocida esta disposicion viciosa en la vagina de una muger preñada sería muy conveniente ayudar à la naturaleza con el arte, trabaxando de concierto con ella para dar à la vagina sus dimensiones naturales. Los simples dilatantes de la esponja preparada, y de la raíz de genciana junto con los vapores de cocimientos emolientes en los ultimos dias me sirvieron à mí en un caso de esta naturaleza en una muger de un Calderero de esta Corte; y el Sr. *Van-suWieten* trahe un exemplo de *Benevoli* semejante à el de esta muger.

Quinto: El Sr. *Heister* pone en el numero de las causas determinantes à la operacion cesarea la callosidad del orificio externo del utero, y la union accidental è irremediable de las paredes de la vagina quando oponen una dificultad invencible à el parto: pero mas adelante añade muy aproposito, que si destruyendo las callosidades del orificio del utero, ò de la vagina, se puede dar à estas partes una libertad suficiente, prefiriria este medio à la operacion cesarea. Habiendose algunas veces curado las callosidades de la vagina, no se puede disputar de la posibilidad y preferencia de este medio à la operacion cesarea; además que esta parte es na-

(g) Años de 1712. y 1748.

naturalmente capaz de mucha extension (h); y aun quando la callosidad ocupase el orificio interno de la matriz habria alguna mas dificultad, pero no obstante se podría tambien introducir el instrumento cortante para dilatarle como lo hizo el Doctor *Simson* (i). La enferma en quien practicó esto nada padeció aunque se vió precisado à multiplicar las incisiones, las que no vertieron una gota de sangre por estar el orificio de la matriz cartilaginoso; aunque el temor de la hemorragia de ningun modo nos debe impedir el cortarle quando está calloso, pues quando sobrevenga ésta, no será dificultoso el detenerla. Una vexiga introducida en esta parte, y despues soplada que extendiendose comprima las paredes del orificio del utero será suficiente à detenerla. La utilidad de este medio está demostrada en la excelente obra sobre los pólypos de la nariz, de la garganta, y de la matriz, del Sr. *Levret*.

Sexto: Cuenta tambien el Sr. *Heister* entre las causas de la operacion cesarea los tumores escirrosos, ù otros situados en la vagina, ò cerca del orificio interno de la matriz, y que forman un obstaculo insuperable à el parto natural, sin decir nada de los socorros que nos ofrece el arte contra estos impedimentos. Los tumores de la vagina pueden ser amputados, ò extraidos aun en el tiempo en que está la muger de parto. El Sr. *Soumain*, célebre Comadron de París nos ha dado un exemplo (j): no obstante estando informado en tiempo seria mejor proceder à la extirpacion del tumor antes del término ordinario del parto. Tambien se puede emprehender la extir-

pa-

(h) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 2. vol. en 4. pag. 515.

(i) Ensayo y observ. de la Sociedad de Edimburg. tom. 3. pag. 384. y 390.

(j) Mem. de la R. Acad. de Cirug. de París 2. vol. en 4. pag. 318. y 319.

pacion de los tumores, que ocupan el orificio de la matriz, ò que estén situados cerca de él, siempre que no se espere à hacerlo en el tiempo mismo del parto, pues en este la operacion podría ser funesta à la madre, por la irritacion que causára en estas partes, y por la hemorragia (k) à que podria dar lugar la comunicacion de los vasos del tumor con los de la matriz, sin hablar de las grandes dificultades que se hallan en operar quando la muger está con los dolores del parto: todas estas consideraciones reunidas hacen preferible la operacion cesarea en semejante caso (l).

Septimo: Quando el Infante ha rompido la matriz, y ha pasado del todo, ó casi del todo à el vientre, el Sr. *Heistér* de acuerdo con casi todos los Autores quiere que con brevedad se haga la operacion cesarea; pero sería mas importante precaver esta rotura por la misma operacion, quando la matriz está amenazada de ella, que remediarla por la operacion, quando ya ha sucedido (m). Entre las causas que pueden dar ocasion à la rotura de la matriz, el grande volumen de la cabeza del infante aunque esté bien colocada, y la pelvis de la madre bien conformada es la mas temible; porque se espera siempre que el parto se terminará felizmente. No obstante, si el par-

(k) El Sr. *de la Peyronie* extirpó con instrumento cortante quince dias despues de un parto un tumor polyposo grueso como la mitad de un puño que nacia dentro de la matriz, y se atrevió à introducir en esta parte el cauterio actual, y los corrosivos para detener la hemorragia; conducta que no debe ser imitada, pudiendo bastar la vexiga como he dicho arriba. Veanse las Memorias de la Sociedad Real de las Ciencias de Montpellier tom. 1. en 4.

(l) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, tom. 2. en 4. pag. 317. y 318.

(m) *Crantz*, disert. sobre la rotura de la matriz, en continuacion del tratado de Partos del Sr. *Puzos*, pag. 396. y 398.

parto no adelanta, y las señales hiciesen temer la rotura, no hay otro medio de precaverla, segun el Sr. *Crantz*, que el de la operacion cesarea (n); pues si se quiere extraher el infante con el corchete, además que sería darle la muerte de propos to deliberado, es hacer mas seguro el accidente que se quiere remediar; porque el infante que está ya en movimientos convulsivos, debe naturalmente aumentar sus esfuerzos contra la matriz á la primera impresion que sienta del hierro sobre la cabeza.

Octavo: Ha parecido al Sr. *Heister* exîgir la operacion cesarea las concepciones ventrales; pero se detiene poco sobre este Articulo, mereciendo alguna mayor extension. El infante concebido fuera de la matriz, ò está muerto, ò vivo: en el primer caso, como hay muchos exemplos de mugeres que han trahido el fetus muerto en el vientre los 20. 30. 40. años y mas, convienen los Autores en abandonarle à el mismo, y no hacer pasar la madre por los riesgos de la operacion cesarea, á menos que la naturaleza no trabaje para su expulsion, suscitando un absceso á lo exterior (o), ó que su presencia independientemente de todo absceso no ocasionase accidentes, que expusiesen mucho la vida de la madre; aunque en esta ultima circunstancia se puede esperar muy poco en la operacion, pues los accidentes que parece la indican, la hacen casi siempre infructuosa: por esto el Sr. *Galli*, Medico, y Cirujano de Bolonia (p) no la hizo sino vencido por los reiterados ruegos de la muger, que despues de no haberla querido, quando la hubiera podido salvar la vi-

(n) Idem pag. 408. 409. y 410.
(o) Mem. de la Real Acad. de Cirug. 2. vol. en 4. pag. 330. *
(p) Mem. de la Real Acad. de las Cienc. de Bolon. Tom. 2. part. 3.

vida, como se lo aconsejó el Sr. *Galli* luego que se la pasaron los dolores del parto, y que vinieron las señales de estar muerto el fetus, la pidió con las mas vivas instancias quando no habia casi esperanza de su utilidad, como en efecto murió á los once dias de la operacion.

Los Autores estan muy discordes entre sí sobre la conducta que conviene tener, quando el Infante se supone con vida. Como la mayor parte de las mugeres que han trahido los Infantes fuera de la matriz han sentido al termino regular de la preñez dolores semejantes á los del parto, no es muy dudoso poder sacar los infantes vivos (q) aprovechandose de este tiempo para hacer la operacion cesarea, ò por mejor decir la gastrotomia; de donde se infiere es necesario practicarla entonces, no obstante el peligro à que se expone la madre, pues aunque ciertamente se sacrifique el hijo no haciendo la operacion, no se tiene seguridad de libertar à la madre de la muerte (r).

Segun algunos (s) esta operacion presenta menos dificultades, y puede ser menos peligrosa, pues no se hace incision en la matriz. Otros por el contrario se niegan absolutamente à la operacion cesarea en todas las concepciones que no son uterinas, pretendiendo que pereceria necesariamente la muger de hemorragia, si se separase la placenta de las partes à que está casualmente adherida; porque no teniendo estas la misma contrabilidad, que la matriz, no podrán cerrarse las boquillas de los vasos; y si no se la puede despegar es ne-
ce-

(q) La observac. de *Govei*, citada despues, es una buena prueba.
(r) Mem. de la Real Acad. de Cirug. 2. vol. en 4. pag. 330.
(s) *Heister*. Instit. Cirurg. tom. 3. part. 3. sect. V. cap. CXIII. pag. 21. *Levret*. Continuacion de las observaciones sobre los partos laboriosos, art. IX. pag. 241.

cesario abandonarla á una supuracion gangrenosa, que hará igualmente perecer la enferma (t). Todo esto se reduce á presunciones; pues aun no se sabe si serían justificadas por la práctica; porque no se encuentra mas que un exemplo de una operacion cesarea hecha en una preñez ventral, estando vivos la madre, y el infante. Este exemplo nos es comunicado por el Sr. *Bertrandi*, (v) que le cuenta en estos terminos despues de *Gouei*.

Una muger de edad de veinte y un años tubo un tumor en la ingle, que en los principios se tubo por epiplocele; pero se sentian en él algunas pulsaciones de arterias: al cabo de dos meses y medio este tumor se puso muy voluminoso: *Gouei* molestado por las instancias de esta muger abrió este tumor, y descubrió primeramente como un saco membranoso, del que salió una grande cantidad de agua clara; dilató el saco y halló un fetus varon de medio pie de largo, y grueso à proporcion; estaba vivo, y fue bautizado. Despues de haber hecho la ligadura del cordon umbilical, halló la placenta atada detras del anillo de los musculos del abdomen, y à las partes vecinas; pero se separó con facilidad. *Gouei* no dice si la madre sobrevivió á esta operacion: si esto fue asi como es probable, no sería muy estraño añade el Sr. *Bertrandi*, en una preñez en esta parte, y tan poco adelantada. La dificultad de conocer con certidumbre las concepciones ventrales es un motivo para que muchos Autores no estén por la operacion cesarea en semejante circunstancia. No obstante si se reflexîona atentamente sobre las señales que de estas concepciones ventrales nos da el Sr.

(t) *Bertrandi*, Oper. de Cirug. pag. 65. y 68. *Pouteau*, Miscel. Chirurg. pag. 393. y 394.

(v) Operac. de Cirug. pag. 67. y 68.

Heister (x), y sobre las historias bien circunstanciadas que nos han dado entre otros los Sres. *Galli* (y), y *Pouteau* (z) se podrá bien no hallar tanta dificultad en asegurar si el fetus ocupa realmente la cavidad del abdomen.

Noveno: En fin el ultimo caso alegado por el Sr. *Heister*, como necesaria la operacion cesarea, es el de una hernia de la matriz, de que cita dos exemplos de *Sennerto*, *y de Fabricio de Hisdano*; pero para estar autorizados á fin de abrir la matriz por la incision al término del parto, es necesario que las tentativas de reduccion que habrán debido hacerse hayan sido inutiles. Se lee en *Ruisch* (a) que una muger tenia una hernia de esta entraña de resultas de una supuracion en la ingle, y que en su preñez colgaba hasta las rodillas: pero à el tiempo de los dolores del parto la comadre hizo entrar la matriz con el fetus à su sitio natural, y terminó el parto por las vias regulares. Luego que se note esta incomodidad, se debe emplear la compresion moderada, y hacer tener à la enferma una situacion propia para favorecer el efecto de esta compresion: por este medio se contribuye à introducir poco à poco la matriz en su lugar, y se precaven las adherencias que podria contraher, y que podrian determinar despues à la operacion cesarea. (b)

Para concluir en fin lo que hay que decir sobre las causas que exîgen esta operacion, el grande principio es

(x) Inst. Chirurg. tom. 3. part. 3. sec. 5. cap. CXIII. n. 4. pag. 16. en la nota (a).

(y) Mem. de la Real Acad. de las Ciencias de Bolonia, tom. 2. part. 3.

(z) Miscelan. Cirurg. pag. 383. y 405.

(a) Advers. Anat. Med. dec. 2. pag. 23.

(b) Mem. de la Real. Acad. de Cirug. de París, 2. vol. en 4. pag. 332. y 333.

es no practicarla si no en el caso en que es necesario terminar el parto por ella por haber imposibilidad fisica de hacerlo por las vias naturales; pero como en estos casos la madre, y el hijo son perdidos sin recurso, y por la operacion cesarea, por mas peligrosa que sea, se pueden salvar los dos, ò à lo menos conservar el infante; la justicia, la recta razon, y la religion piden que se practique; esta regla bien meditada hará juzgar de todos los casos.

De la curacion de la herida que resulta de la incision de la matriz, nada nos han dicho los Autores, y mucho menos de la herida rasgada, y contusa, mucho mas complicada, que resulta de la rotura ocasionada por los esfuerzos violentos, y multiplicados del infante, exceptuando á el Sr. *Crantz* que nos ha dado algunos documentos sobre este importante objeto (c). En lo demás la observacion del Sr. *Thibauld Desbois*, inserta en el Diario de Medicina de París del mes de Mayo de 1768., es el solo exemplo conocido de una operacion cesarea executada en una muger viva despues de la rotura de la matriz. Esta muger ha sobrevivido à la operacion, lo que hace creible la historia de otra semejante curacion que cuenta el Sr. *Heister*, despues del Sr. *Runge*, sobre la qual han querido poner algunas dudas (d).

(c) Diss. sobre la rotura de la matriz, pag. 418. y 422.
(d) *Crantz*. Dissert. sobre la rotura de la matriz, pag. 413. y 414.

ARTICULO QUARENTA Y CINCO.

DE LAS HERNIAS

HAY pocas enfermedades en donde se observen tantas variaciones como en las hernias: cada una difiere casi siempre de otra de la misma especie por alguna particular circunstancia. Esta enfermedad es de las mas graves, y los socorros que exîge deben ser diferentes segun la variedad de circunstancias. La operacion es algunas veces un medio necesario, y su dilacion causaria los efectos mas peligrosos. Otras es muy conveniente, y aun ventajoso el diferirla, pues muchas veces se ha obtenido la reducion de las partes por unos medios muy simples. La distincion de causas de la extrangulacion, y las señales que las hacen conocer, son las que deben determinar la conducta que un Cirujano ha de tener por el bien, y salud del enfermo (a).

La

(a) En las hernias antiguas en donde el anillo ha adquirido alguna dilatacion por lo comun la causa de la extrangulacion es la detencion de las materias fecales, y en este caso los repercusivos frios son convenientes: la aplicacion de un pedazo de nieve, ò yelo es muy util. Estos disminuyendo el volumen de las partes, y condensando las ventosidades encerradas en la porcion del intestino hacen su entrada en el vientre mucho mas facil; pero en el caso de una extrangulacion inflamatoria serian muy dañosos determinando á la gangrena las partes inflamadas. Para distinguir estos diferentes estados hay signos racionales, y sensibles, especialmente en los primeros tiempos. En el caso inflamatorio la rubicundez del cutis, la sensibilidad del tumor, la tension, y el dolor del vientre, la calentura, y los accidentes que naturalmente vienen del curso interrumpido de las materias que deben correr por el canal intestinal, ha-

La sola razon que nos obliga á hacer la operacion es la extrangulacion causada por el anillo que se opone á la reduccion de las partes. Pondré aqui el método de hacerla del Sr. *Petit* (b), para que el Lector vea las falsas aserciones que el Sr. *Garengeot*, y por testimonio de este el Sr. *Heister*, hacen decir à el Sr. *Petit*.

Puesto el enfermo en buena situacion (c), un ayudante pellizca el cutis del escroto transversalmente enfrente del anillo, el operador hace lo mismo à dos dedos de los de su ayudante, de modo, que el anillo, y la parte mas elevada del tumor estén baxo del espacio que se halla entre las dos manos, y levantando quanto sea posible el cutis hasta que forme un pliegue el operador con un bisturí recto corta enmedio el cutis pellizcado, lo mas cerca que le es posible del tumor sin interesarle, despues se dexa caer el tegumento sobre el tumor, y se vé una herida larga de tres ó quatro dedos, que descubre las membranas comunes à

hacen rápidos progresos. Por el contrario en la hernia producida por la detencion de las materias fecales, la mayor parte de estos síntomas, ò faltan primitivamente, ò vienen con mas lentitud, y en este ultimo caso la operacion no es tan urgente como en el caso inflamatorio.

(b) Obras póstumas del Sr. *Petit*, tom. 2. cap. VII. §. VII. pag. 361. y siguientes.

(c) El Sr. *Louis* en su Memoria sobre la operacion de la hernia inserta en el 4. volumen en 4. de los de la Real Academia de Cirugía de París dice, que el enfermo se debe situar transversalmente à la orilla de la cama; y el operador se ha de poner sentado en una silla entre las dos piernas del enfermo; esta situacion es muy ventajosa á el operador, y á los asistentes especialmente en los Hospitales en donde regularmente son muchos. Quando se pellizca el cutis, dice este práctico, ha de ser en una disposicion mas ó menos obliqua, correspondiendo à el pliegue de la extrangulacion, y al camino que las partes deben tomar para entrar en la cavidad del abdomen, y no respecto al volumen del tumor, que como este Autor lo ha observado muy bien, es susceptible de variaciones accidentales.

à la hernia, à el cordon spermatico, y à el testiculo, las que es necesario cortar con la misma direccion que lo ha sido el cutis (d): para esto el Sr. *Petit* se sirve de una sonda sulcada, que se introduce debaxo de las hojas membranosas hasta enfrente del anillo, despues con un bisturí recto guiado por la renura de la sonda se corta todo lo que hay de esta membrana sobre la sonda hasta el ángulo superior de la herida, y se hace lo mismo del lado del ángulo inferior con la misma sonda y bisturí, prosiguiendo esta maniobra hasta descubrir el saco.

Descubierto éste se abre, tomando todas las precauciones necesarias para no herir las partes que tiene encerradas; para esto se ha de exâminar si la hernia es humeda, ò seca: en la humeda se introduce con cuidado la punta del bisturí en el saco, y se pone el dedo sobre la abertura para impedir no salga la humedad, porque esta sirve para conducir facilmente un estilete obtuso por la solucion del saco; si hay poca humedad, se abre el saco en la parte donde está esta mas junta, y se introduce lo mas pronto que se puede el estilete obtuso, y con el favor de éste se introduce la sonda sulcada, sobre ésta un bisturí recto, y se corta el saco hasta su fondo, despues se lleva la sonda hasta cerca del anillo, y se corta todo lo que está comprehendido en ella. Si la hernia es seca es mas dificil de abrir el saco: para hacerlo sin peligro se pellizca con la uña de los dedos pulgar, è indice, se levanta la porcion pellizcada para apar-

(d) Importa mucho dice el Sr. *Louis* comenzar la incision bastante alta por encima de los anillos: muchas veces se ha visto por falta de una grande incision à los operadores mas diestros estar mucho tiempo para romper la extrangulacion. El precepto de la grande incision es del Sr. *Sharp.* que la tomó de *Cyprianus*, y la práctica ha hecho conocer al Sr. *Louis* su utilidad.

apartarla del intestino y romper el saco sin interesar aquel. Sino se pudiese pellizcar el saco à causa de la grande tension que puede tener, por el considerable volumen de las partes que contiene, entonces para romperle se elige la parte del tumor en donde se halla el epiploon, cortando el saco obliquamente, ò à el sesgo con la punta de un bisturí, y se acaba de cortar como se ha dicho arriba (e).

Hecho esto solo falta libertar las partes extranguladas de la tortura ò compresion en que se hallan, pero antes de esto se ha de ver si es posible reducirlas sin cortar el anillo que las comprime, y que causa la extrangulacion: algunas veces se ha visto conseguir esto con mucha facilidad, y no ha sido necesario cortarle. Esto se puede hacer por diferentes medios, el mas simple dice el Sr. *Petit* es pasar una sonda sulcada del lado del anillo entre el angulo superior de la incision hecha en el saco, y el intestino: para hacer esto mas facilmente manda este Autor que la incision del saco solo llegue hasta cerca del anillo; introducida la sonda hasta mas ar-

(e) No obstante los peligros que todos los Autores dicen hay de herir el intestino à el abrir el saco en las hernias, el Sr. *Louis* no encuentra mas dificultad en abrir este saco que el cutis, ¿porque dice este Autor no pellizcar el texido foliculoso, para levantar lo que se llama el verdadero saco del peritoneo, y abrirle con el instrumento cortante dirigiendole à el sesgo, ò planamente à fin de estar seguro de no herir las partes que están alli encerradas? ¿ò en lugar de la sonda sulcada obtusa, no servirse à la imitacion del Sr. *Ledran* de una con punta, la que se podrá introducir facilmente sin el menor riesgo, de arriba à abaxo, lateralmente à la parte inferior del saco, hasta su cavidad? El asa del intestino nunca llega abaxo, las partes laterales están ò vacias ò llenas por la Linfa, ò por el epiploon; pero en qualquiera disposicion que se hallen, lo que hay de cierto es que con la sonda de punta y sulcada dirigida obliquamente en el texido celular se penetrará en el saco sin dificultad ni peligro, y la renura de esta sonda servirá à conducir el bisturí para dilatar la abertura del saco.

arriba de este, y puesta frente del angulo de la incision del saco se introduce sobre su renura un bisturí corvo debaxo del anillo para cortarle: otras veces en lugar de la sonda y bisturí corvo se servía el Sr. *Petit* para cortar el anillo del bisturí herniario, ò de los inventados por los Sres. *Moran*, *y Ledran*, ò de uno inventado por él con un boton à la punta cuyo corte estaba hecho con la lima (f).

Hecho el Corte por qualquiera de los medios dichos, y reconocido con el dedo introducido en la abertura haber cortado lo bastante, se pasa à la reduccion de las partes despues de haber limpiado la sangre de la circunferencia, y particularmente de las partes que se deben reducir, reponiendo primero el intestino. El Sr. *Petit* no es del dictamen de aquellos que quieren que la parte del intestino que salió la ultima deba ser reducida la primera, porque además de no ser siempre facil distinguirla de la otra, no es ley que precisamente deba seguirse, y solo quiere que se reduzca primero aquella porcion que menos resista. Introducido el intestino se pasa à la reduccion del epiploon, empujandole con suavidad, y alternativamente con los dedos indices sostenidos de los dedos de enmedio, y siempre apoyando sobre la parte que menos resiste, empujandole del lado donde está el intestino; y como la abertura es mas ancha por estar ya dentro éste la reduccion del epiploon se hace con facilidad; no olvidando el Operador lim-

(f) El Sr. *le Blanc* Cirujano lithotomista del Hospital de Orleans no quiere que se corte el anillo, sino que se dilate con un instrumento particular que à este fin ha inventado: algunos dicen se han valido de él con felicidad; vease su tratado de hernias. Los que han practicado esta operacion, y saben quanta dificultad se encuentra aun para introducir la sonda sulcada, juzgarán con razon la imposibilidad que hay de servirse de este instrumento.

limpiar la sangre segun vaya reduciendo las partes.

Despues de introducidas se cura el enfermo. El Sr. *Petit* en lugar de introducir una tienta en el anillo, se sirve de una pelota de hilas embuelta blandamente en un lienzo delgado, y atada con un hilo doble del que dexa colgando una porcion de quatro ò cinco dedos de largo. Esta pelota ha de ser bastante gruesa para que no pueda entrar en el anillo, y se pueda extender por encima de la aponevrosis del musculo grande obliquo que le forma; de este modo se impide la salida del intestino y epiploon haciendo esta pelota sobre el anillo lo mismo que hace la del braguero exteriormente por encima de los tegumentos comunes. Esta es la operacion de las hernias simples con extrangulacion; pero este Autor nos asegura que en muchos casos se pueden reducir las partes extranguladas con solo cortar el anillo sin abrir el saco, lo que se practíca del modo siguiente.

Descubierto el saco, y separado hasta el anillo de la gordura y membranas que le cubren, se toma una sonda plana, y sulcada, corva en su extremo, ò la que el Sr. *Heister* demuestra en la tabla 24. figura 8: se la introduce entre el anillo y el saco, se pasa la punta de bisturí en su renura, y se corta lo que se halla comprehendido del anillo en el extremo de la sonda; y si se cree no haber cortado bastante se continua introduciendo la sonda debaxo del anillo, y cortando todo lo que se halla sobre ella; por este medio queda el saco entero, y se introduce facilmente con las partes que contiene y que forman la hernia, empujandolas con suavidad.

Este es el método que este Cirujano enseñaba en las Escuelas de Cirugía de París treinta años antes que escribiese sobre esta materia. El Sr. *de Garengeot*, que

re-

recogia con cuidado todas las observaciones y nuevos preceptos ; que el Sr. *Petit* daba en sus lecciones fue el primero que publicó este método en 1720. en la primera edicion de su tratado de operaciones ; però se explica de un modo que hace pensar que el Sr. *Petit* le daba por un método general, por lo que fue presto censurado. En el año de 1722. el Sr. *Mauchart* profesor de la universidad de Tubinge, hizo la critica en una disertacion sobre la extrangulacion de las hernias: éste funda la necesidad de abrir el saco, en que es necesario juzgar del estado de las partes contenidas en la hernia, porque el epiploon y el intestino pueden estar alterados, y en este caso sería peligroso reducirlos sin descubrirlos : en que algunas veces hay en el saco grande cantidad de humor fetido, al que es necesario dar salida ; y en fin porque el intestino, y epiploon pueden haber contraido entre sí, y con las partes externas adherencias que es importante destruir antes de la reduccion. El Sr. *Heister* (g) adopta las mismas razones contra el método del Sr. *Petit* ; y el Sr. *Sharp*, Cirujano Inglés, ha añadido despues, que en cortando el anillo sin abrir el saco, puede suceder que cesando con esto la extrangulacion se entren las visceras de pronto en el abdomen, y lleven consigo una porcion gangrenada del epiploon ò del intestino ; ò que el saco herniario esté de tal modo contrahido que exija absolutamente ser debridado.

Pero estos Autores no han comprehendido las ideas del Sr. *Petit* : él mismo se queja de esto en sus obras (h). Estas objeciones, dice, no son fundadas sobre lo que he

(g) Inst. de Chirurg. tom. 3. part. 3. secc. V. cap. CXVII. pag. 74. y siguientes.
(h) Obras postumas del Sr. *Petit.* tom. 2. cap. VII. §. IX. pag. 372.

he dicho en mis lecciones públicas tocante à este método de operar, si sobre lo que han escrito algunos Autores que me han citado; y que por no haberme bien entendido, me han atribuido y hecho decir cosas que yo no he pensado. Que me permitan estos vindicar mi método, y explicarme mas claramente sobre los hechos que no han comprehendido bien, ò que yo no he aclarado bastante en mis cursos publicos. Si yo hubiera pretendido que el corte ò dilatacion del anillo sin abrir el saco fuese un método general tendrian mis censores razon en ciertos puntos; pero los que me han hecho el honor de asistir à mis operaciones saben que no lo practíco en todos los casos, à el contrario puedo decir, que no lo he hecho tan general como puede ser. . . . Mi dictamen es pues, que exceptúo las hernias gangrenosas, las *maroneadas* (i) y algunas de las que el intestino contiene cuerpos extraños: todas las otras pueden ser tratadas asi; y hay algunas que no se deben tratar de otro modo.

Si en alguna ocasion dice el Sr. *Lesne* (j), se aprovechó con sagacidad el Sr. *Petit* de una indicacion ventajosa que la naturaleza presenta en una enfermedad, es sin duda esta en que se le critíca su conducta. Unas partes extremamente sensibles, cuyas funciones son necesarias à la vida, salen por una abertura en donde se presentan desde luego estrechadas y aun extranguladas: la inflamacion y las tentativas infructuosas que se hacen para reducirlas, las amenaza à caer prontamente en gangrena; y se encuentra que reprehender en que el

 Sr.

(i) El Sr. *Petit* llama hernia maroneada aquella cuyas partes están de tal modo unidas y adherentes las unas con las otras, que parece una masa carnosa redonda sin distincion de epiploon, ni de intestino.

(j) Discurs. Prelim. à las obras póstum. del Sr. *Petit*.

Sr. *Petit* se da priesa en quitar la extrangulacion, y disipar asi en el instante por una operacion de la menor consequencia el peligro que amenaza la vida del enfermo. ¿Quáles son pues las razones que se oponen à unas ideas tan saludables?

Se teme que el saco encierre un humor cadaveroso, y que el epiploon, y el intestino estén gangrenados; ¿pero este temor no debe igualmente tenerse en las tentativas que se hacen para reducir la hernia por la *taxîs*? Desde que la extrangulacion está declarada por los accidentes que la caracterizan, no se emplean todos los medios posibles, y se hacen todos los esfuerzos para hacer entrar las partes: si estas primeras tentativas son infructuosas no se las reitera tres, ò quatro veces en veinte y quatro horas por algunos dias hasta el momento en que se juzga la operacion indispensable. Pues si desde el primer instante de la extrangulacion hasta este momento, no se presume que haya peligro en reducir las partes sin descubrirlas, ¿por qué pues se le ha de suponer en practicando la operacion que el Sr. *Petit* propone en el mismo intervalo de tiempo? ¿no es una contradiccion temer en esta operacion el mismo efecto que se intenta producir por medio de la *taxîs*? Es cierto que en cortando el anillo, ò la arcada crural sin abrir el saco, el Sr. *Petit* no tubo desde luego otra idea que la de quitar el obstaculo que se opone à la reduccion de las partes, que se deben prontamente sacar debajo del poder que las extrangula: viendo que la *taxîs* no bastaba despues de muchas tentativas, cortaba el nudo que retenia à el intestino y à el epiploon fuera para precaver los funestos efectos de la extrangulacion. Dicen que se pueden encontrar algunas circunstancias que no permitan reducir las partes sin abrir el saco: sin duda quando se ha contemporizado, ò que no ha sido llamado con tiempo el Cirujano, la gan-

gangrena puede haber sobrevenido, ò las partes pueden haber contrahido adherencias: pero estos casos son exceptuados por el Sr. *Petit* y es necesario conocerlos.

Quando, por exemplo, un esfuerzo violento empuja por la primera vez una porcion de intestino fuera del anillo, ò de la arcada crural, los sintomas de la extrangulacion se manifiestan en el momento: el tumor comunmente es muy pequeño, pero la inflamacion es viva y la gangrena sobreviene al segundo, ò tercero dia, lo que se conoce por la remision de los accidentes mas violentos. En este caso sería imprudencia cortar el anillo sin abrir el saco; pero se podia haber hecho con utilidad veinte y quatro, ò treinta y seis horas antes.

En las hernias voluminosas, antiguas y completas, la dificultad de reducir las partes no viene tanto del estrechamiento del anillo como de las materias que están detenidas en la porcion de intestino que está fuera, y en este caso la extrangulacion no está acompañada de sintomas tan violentos, la inflamacion no es tan viva, y el peligro de la gangrena es mucho mas remoto. Se puede pues en este caso retardar sin inconveniente por muchos dias el corte del anillo, pero siempre será prudencia hacerle quanto antes para precaver el peligro que puede resultar de las tentativas muy repetidas que se hacen con las manos para reducir la hernia.

En fin en quanto à las adherencias de las partes entre sí, y al estrechamiento del saco enfrente del anillo, la objecion que se hace acerca de esto solo puede caer sobre las hernias antiguas, en las quales las partes no han entrado en el vientre despues de mucho tiempo, y que han sufrido muchas inflamaciones, ò que han sido comprimidas por un vendage mal aplicado; pero estos casos tan faciles à distinguir se exceptuan por el Sr. *Petit.*

Este práctico se ha quejado con razon de que se haya

ya juzgado su método sin haber comprehendido sus ideas: no era la reduccion de la hernia la sola utilidad que sacaba. La práctica le habia hecho descubrir una ventaja consecutiva; y es que por este modo de operar se impide la recidiva de la enfermedad. Luego que habia cortado el anillo y reducido las partes, empujaba el saco en la abertura, y aplicaba encima una pelota mas ancha que el diametro de esta abertura; la supuracion se establecia, y el saco reunido entre sí enfrente del anillo contrahia adherencias con todas las partes vecinas; y formaba una barrera que el intestino, y el epiploon no pueden nunca forzar.

No obstante el Sr. *Petit* conviene en que no tenia siempre la misma facilidad de reducir asi el saco. Quando era antigua la hernia, ò que la inflamacion causada por la extrangulacion habia hecho contraher adherencias entre el saco, y las partes externas, se veía obligado à dexarle fuera; pero en los casos en que estas adherencias no estaban enteramente consolidadas, habia observado que diariamente el saco se acercaba à el anillo, y venia al fin à cerrar la abertura reuniendose con ella.

Es necesario confesar, dice el Sr. *Lesne*, que se encuentra uno perplexo viendo que unos hechos iguales que parece, bien observados, se contradicen por otras observaciones que un Autor respetable cuenta. El Sr. *Louis* niega la posibilidad fisica de reducir el saco en caso alguno. No temo, dice este Autor (k), asegurar que he practicado à lo menos cinquenta veces la operacion de la hernia con el saco herniario unido à todas las partes circunvecinas por la continuidad del peritoneo con el texido adiposo cutaneo. Todas las membra-

(k) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de Paris, 4. vol. en 4.

branas que se cortan con el bisturí guiado obliquamente, ò que se rompen con tan superfluas precauciones, ¿son acaso otra cosa que la continuidad de las celulas membranosas del cutis y del peritoneo? Ninguno se ha atrevido à disecar en una hernia completa la parte posterior del saco herniario adherente à los vasos espermaticos, y à el testiculo. No siendo este saco una parte isólida inadherente, nunca se puede poner en el número de las partes reducibles. Yo he abierto un gran número de cadaveres de personas que habian padecido hernias; y aun de las que habian sido curadas radicalmente por el vendage: en todas hallé el saco herniario ò la produccion del peritoneo adherente naturalmente à las partes que le rodean.

Pero por otra parte, el Sr. *Petit* ha exâminado igualmente la disposicion de las cosas con mucha atencion. Se sabe, dice (1), que el saco desaparece poco à poco en tiempo del uso del braguero, quando este retiene bien las partes: los que le trahen no se curan sino porque usan de él hasta que el saco desaparece enteramente, ò hasta que la porcion del peritoneo que le forma está adherente à el intestino, ò que esté enteramente conforme à el resto de esta membrana que está en el vientre volviendo à tomar su lisura, su estension, y su elasticidad natural. Esto es lo que en efecto sucede, como yo lo he observado à la abertura de muchos cadaveres, que han sido muertos de otra enfermedad, y que en su juventud habian sido curados de la hernia por el uso del braguero: no digo que esto suceda siempre asi, pero lo he observado comunmente. Despues de mas de quarenta años no he hecho abertura de cadaver, que no haya exâminado los anillos y las partes del peritoneo en donde

se

(1) En sus obras postumas. tom. 2. cap. VII. §. 1. pág. 283.

se forman las hernias, y creo que pocos han exâmînado la cosa con mas atencion, sobre todo en los sugetos que habian tenido alguna hernia curada, ya fuese por el vendage, ò por la operacion, sea despues de poco ò mucho tiempo, &c. opiniones tan opuestas, que parecen igualmente fundadas sobre casos de hecho, no son susceptibles de disputa, pero nos obligan à que hagamos nosotros las mismas observaciones para podernos asegurar de la verdad.

Pero si por negligencia del enfermo, ò por ignorancia de los que le han cuidado, la hernia ha estado mucho tiempo extrangulada, las partes que la forman caen en mortificacion: esto lo vemos muchas veces, y es lo que llamamos comunmente hernia con gangrena. Por muy peligroso que parezca este accidente en las hernias, no faltan dice el Sr. *Louis* (m), observaciones, y en bastante numero de personas que han sido curadas felizmente. La práctica de los antiguos era muy limitada en este punto; estaba muy defectuoso en esta parte el arte de curar, hasta el principio de este siglo: todo se esperaba de los recursos de la naturaleza: es verdad que hay algunas veces circunstancias tan favorables, que se la podria abandonar enteramente el cuidado de la cura, pero hay otras, en que ésta confianza sería muy peligrosa. La gangrena del intestino exîge algunas veces los cuidados mas delicados: la vida del enfermo puede depender del discernimiento del Cirujano en la eleccion de los diferentes medios que se han multiplicado por el progreso del arte, cuya aplicacion, para ser felíz, debe ser hecha con tanta inteligencia como habilidad.

El enfermo puede estar en uno de quatro diferentes casos que es muy importante distinguirlos, porque cada

(m) En su Diccion. de Cirug. Artic. HERNIA.

da uno tiene sus indicaciones diferentes. El primero es quando el intestino está pellizcado en una pequeña porcion ò superficie. Este caso no pide del Cirujano atenciones que salgan de las reglas conocidas. Los sintomas de esta extrangulacion no siendo ni con mucho, tan graves ni tan violentos como en la hernia, en que todo el diametro del intestino es comprehendido, no es extraño que las personas poco delicadas, ò las que una falsa honestidad detiene, no se determinen à pedir socorro en tiempo en que sería muy posible precaver la gangrena. Los enfermos ordinariamente solo padecen algunos dolores colicos: les sobrevienen nauseas y vomitos; pero el curso de las materias no siendo por lo comun interrumpido, estos sintomas pueden aparecer y no merecer una grande atencion. La negligencia de los auxîlios necesarios da lugar à la inflamacion de la porcion pellizcada del intestino, y esta cae prontamente en putrefaccion. La inflamacion, y la gangrena se van extendiendo sucesivamente por el saco herniario, y los tegumentos que le cubren: en fin se ven las materias fecales hacerse salida al través del cutis, que está gangrenado en una extension circunscripta mas ò menos grande, à proporcion que las materias que han salido del canal intestinal, se han mas ò menos introducido en las celulas grasosas; por lo que no se debe juzgar del desorden interior por la extension de la putrefaccion externa.

Aunque los estragos que ha hecho la gangrena en lo exterior sea lo que mas comunmente admire, no hacen estos el caso mas grave, y los socorros del arte se reducen entonces à cortar las partes corrompidas sin tocar à las partes sanas circunvecinas: à procurar despues por el uso de los medicamentos convenientes la supuracion que debe desprender el resto de las partes gangrenadas, y en fin en cuidar de deterger la ulcera, con

lo que no es muy dificil el obtener su perfecta consolidacion.

La libertad del curso de las materias fecales por la continuidad del canal intestinal mientras que el intestino está extrangulado, es una señal manifiesta que lo está solo en una porcion de su diametro; esto se conoce por la facilidad con que à el enfermo se le mueve el vientre. Mas es necesario observar que estas deyecciones pueden estar suprimidas sin que se pueda de esto concluir que todo el diametro del intestino está extrangulado: del mismo modo el vomito de las materias fecales, que siempre ha pasado por otra señal caracteristica de la extrangulacion de todo el diametro del intestino, no debe pasar absolutamente por decisiva, pues se la ha observado en las hernias en que solo está pellizcado el intestino. Al cortar las partes gangrenadas no se debe dilatar el anillo: esto sería oponerse à las favorables disposiciones de la naturaleza, y cometer un grande absurdo, creyendo cumplir con un precepto de Cirugía en la dilatacion del anillo quando el intestino gangrenado ha contrahido adherencias, como sucede casi siempre, y aun necesariamente en este caso. Generalmente la dilatacion solo es recomendada en la operacion de la hernia para facilitar la reduccion de las partes extranguladas: en la hernia con putrefaccion y adherencia, ni hay reduccion que hacer ni extrangulacion que quitar. La rotura del intestino y la libertad de la excrecion de las materias fecales que es su efecto, han hecho cesar todos los accidentes que dependian de la extrangulacion, y asi la dilatacion del anillo no solo no está indicada sino que puede ser perjudicial; porque se puede inprudentemente destruir un punto de adherencia esencial, y dar lugar à la extravasacion de las materias fecales en la cavidad del vientre; ò à lo menos resul-

sultar algun impedimento à la salida de estas materias por la herida, y por conseqüencia mayor dificultad à el restablecimiento de su paso por el camino natural; lo que sería poco favorable à la curacion radical.

La experiencia ha demostrado que nada favorece tanto esta como el uso de las lavativas, y algunas veces el de los purgantes minorativos quando hay embarazo en el canal intestinal. Es necesario pues procurar el desahogo de los intestinos en quanto sea posible, à fin de evitar las tiranteces que producen las materias fecales detenidas en ellos sobre la herida, quando ya ha principiado esta à consolidarse, ò ha hecho algunos progresos. A este intento se pueden ver las observaciones sobre la cura de las hernias con gangrena en el tercer tomo de las Memorias de la Academia Real de Cirugía de París.

El segundo caso es aquel en que el intestino está pellizcado en todo su diametro. La disposicion del intestino reglará la conducta que debe tener el Cirujano en este tan grave caso. Si el intestino está libre y sin adherencia, que esto es extraordinariamente raro en el caso supuesto, es menester gobernarse del mismo modo que se haría si se viese en la necesidad de cortar una porcion mas ò menos larga del intestino gangrenado, formando una asa libre en el saco herniario. Mas si las adherencias del intestino ponen al Cirujano en la imposibilidad de acercar los orificios de un modo que pueda hacer esperar una reunion esenta de todo riesgo: si la naturaleza ayudada de los socorros del arte no parece dispuesta à hacer tomar libremente y con facilidad el curso à las materias fecales por las vias ordinarias, es necesario, si se quiere poner la vida del enfermo en seguridad, procurar un nuevo ano por la porcion de intestino que corresponde à el estomago. Muchos casos juiciosamente observados demuestran las ventajas de es-

te precepto y el peligro de la conducta contraria.

En el tercer caso el intestino forma una asa libre en el anillo : si está gangrenada sin esperanza de poderse revivificar por el calor natural despues de su reduccion en el vientre, sería peligroso el reponerle, pues repuesto el enfermo perecería por la extravasacion de las materias fecales en la cavidad del abdomen. La práctica comun en este caso es cortar lo gangrenado del intestino, atar la porcion que corresponde à el ano, sujetar en la herida con el mayor cuidado el extremo del intestino que corresponde à el estomago, y procurar por este medio en esta parte un nuevo ano, que los Autores llaman artificial, esto es, una salida permanente para el desahogo continuo de los excrementos. Algunas observaciones modernas, siendo la primera una del Sr. *de la Peyronie*, nos han hecho ver que manteniendo los dos extremos del intestino en la herida, se puede obtener su reunion, y curar el enfermo por el restablecimiento del camino natural de las materias fecales. Por desgracia de la humanidad las curaciones hechas asi, y que se han mirado como una maravilla del arte, no han sido durables. Los enfermos atormentados, despues de su curacion, de colicos excitados por las materias retenidas por la estrechez del canal à la parte de la cicatriz, se han muerto por la rotura del intestino que ha permitido la extravasacion de las materias en la cavidad del abdomen; de suerte que la cura por el ano artificial habria sido mucho mas segura, y se puede decir que es mas cierta, y que por el otro medio la muerte es casi necesariamente inevitable por las circunstancias poco favorables que acompañan una cura brillante y engañosa.

No obstante el arte puede socorrer utilmente à la naturaleza en este caso. Hay modo de reunir desde luego los dos extremos del intestino libre despues que se ha

ha cortado la parte gangrenada, sin que quede expuesto à el estrechamiento, como en la curacion que se obtiene à largo tiempo por la reunion de la cicatriz exterior. Este método se le debemos à la industria del Sr. *Ramdohré*, el qual despues de haber cortado cerca de dos palmos de intestino con una porcion del mesenterio gangrenados en una hernia, embaynó la porcion superior del intestino en la inferior, y las mantubo asi por un punto de aguja junto à el anillo. Los escrementos cesaron desde luego de salir por la herida y tomaron su curso natural por el ano, y la enferma curó en poco tiempo.

Este excelente método, dice el Sr. *Louis*, parece susceptible de alguna perfeccion: solo conviene en el caso en que esté el intestino libre y sin adherencia; pero hay algunas precauciones que tomar para asegurarse del buen exîto, y aunque el Autor no las ha tomado, y le haya salido bien, parece razonable y aun necesario proponerlas. Es muy importante que la porcion superior del intestino sea la introducida en la inferior: esta atencion debe decidir el acierto de la operacion. No es siempre facil distinguir en el pronto, y en todos los casos quál es precisamente la porcion de intestino que corresponde à el estomago, y quál la que conduce à el ano. Esta dificultad no debe ser motivo para dexar de hacer una operacion, cuya primera tentativa ha sido tan felíz, y que nos promete otras de igual suceso. Para cerciorarse de esto será muy aproposito mantener los dos extremos del intestino en la herida, y no proceder à su reunion hasta pasadas algunas horas. En este tiempo se hará tomar à el enfermo aceyte de almendras dulces, y se fomentará el intestino con vino caliente, à fin de conservarle en su calor y elasticidad natural.

Pa-

Parece esta dilacion absolutamente necesaria, no solo para conocer sin riesgo de engañarse quál es precisamente la parte superior del intestino; sí tambien para la seguridad de la reunion, porque procura el desahogo de las materias que la extrangulacion habia detenido en el canal intestinal, desde el estomago hasta la rotura del intestino. Es mucho mas ventajoso que este desahogo se haga por la herida, que exponer la parte reunida por la insercion de los dos estremos del intestino à dar paso à estas materias, y dexarlas correr todo el tramite que las conduce à el ano.

Aunque el Sr. *Ramdohré* no habla de la ligadura de las arterias mesentericas, cuyas ramificaciones se distribuyen en la porcion del intestino que habia cortado, como la hemorragia podria tener lugar en otros casos, à lo menos por los vasos de la parte sana, en la qual se hace el corte que debe quitar el intestino podrido, será conveniente hacer un nudo doble sobre la porcion de mesenterio, que formará el pliegue por el qual las porciones del intestino deben ser retenidas y fixas en situacion conveniente. Esta hemorragia se podrá evitar haciendo el corte del mesenterio, como dixe en el Articulo ocho lo hacia el Sr. *Sharp*.

El Sr. *Ritsch*, primer Cirujano del Rey de Polonia, en una Memoria sobre un efecto poco conocido de la extrangulacion (n), observa que la simple introduccion de un estremo del intestino en el otro no es tan facil de hacer y contener como se puede creer, por ser estas partes floxas, resbaladizas, y faciles à contraherse. Cree se hará mejor introduciendo en el extremo superior del intestino un pequeño cilindro algo mas delgado que el diametro del intestino, hecho con un naype arrollado, bar-

(n) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París. 4. vol. en 4.

barnizado de aceyte de trementina, y untandole al tiempo de usarle con aceyte de hypericon, ù otro semejante; el qual se introducirá por este medio facilmente en el extremo superior, y estos dos juntos en el que corresponde à el recto: despues se mantiene el naype en situacion por un punto de aguja que atravesará los dos extremos del intestino, y el cilindro, formando una asa, por medio de la qual se acerca el intestino à el anillo, y se le sujeta en la herida, hasta que haya pasado el tiempo suficiente para que esté bien unido. Pasado este tiempo se corta el hilo que forma el asa mas abaxo del nudo à nivel de la abertura, y tirando blandamente del otro, se quita con facilidad. Este es el método que enseña muchos años hace el Sr. *Sabatier* en sus cursos de operaciones en el Hospital Real de los Invalidos de París.

Solo resta hablar del quarto caso de hernia con gangrena, en que el intestino formando una asa cae en putrefaccion, y está adherente á la circunferencia interna del anillo. Esta adherencia hace imposible la introduccion de la parte superior del intestino en la inferior; y este caso parece de pronto no presentar otro recurso que la formacion de un nuevo ano en el pliegue de la ingle. No obstante los recursos de la naturaleza y del arte en casos tan criticos, han sido demostrados por observaciones muy esenciales. El Sr. *Pepilet* el mayor (o) en su Memoria sobre las hernias con gangrena, dice que hizo la operacion de la hernia crural el año de 1740. à una muger de 56. años de edad, en la que encontró el intestino gangrenado, y en una disposicion gangrenosa el epiploon y saco herniario, y todas estas partes de tal modo confundidas por las adherencias que no hubiera si-

(o) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 4. vol. en 4.

sido posible, ni prudente el destruirlas, por lo que se contentó con solo cortar la arcada crural para poner las partes en libertad, hacer cesar la extrangulacion, y sostener por los cordiales las fuerzas de la enferma. El dia once se separó la porcion de intestino que tenia cinco pulgadas de largo: desde este instante las materias fecales, que habian pasado en parte por la abertura del intestino, y las mas por el recto, salieron todas por la herida. Esta se detergió curandola cinco ò seis veces al dia, y al fin de quatro meses se acercaron tanto sus paredes que solo restaba una pequeña abertura del tamaño de la punta de un pequeño dedo. El Sr. *Pepilet* creyó que despues de tan largo tiempo las materias fecales continuarian en salir por el nuevo ano: no esperaba ni prevéia nada mas ventajoso; pero estas materias tomaron desde este dia su camino por el recto sin salir mas por la herida; y esta fue perfectamente cicatrizada en doce ò quince dias. La muger vivió en perfecta salud mas de 25. años habiendo muerto de enfermedad muy extraña à la operacion, à los 82. años de su edad. Su cuerpo fue abierto y la porcion intestinal reunida ha sido mostrada à la Academia. Si esta hace ver los grandes recursos de la naturaleza, no se olvida en reconocer como el arte la puede ayudar, y à que peligros estan expuestos los enfermos sino son socorridos convenientemente, segun la diversidad de circunstancias.

El inesperado suceso que tubo esta cura, se debió à la disposicion favorable de las adherencias que las partes sanas del intestino habian contrahido entre sí en lo interior del vientre enfrente de la arcada crural. Esta disposicion fue anunciada por una particular circunstancia, y fue que las materias fecales no pasaron del todo por la herida hasta despues de la separacion de la porcion del intestino gangrenado, que no se hi-

zo hasta el dia once de la operacion, habiendo antes de este tiempo la mayor parte de ellas seguido por el intestino recto. Facil es concebir como un caso tan grave, como es la gangrena de una grande porcion del intestino extrangulado en una hernia, puede hacerse tan simple como si no hubiese sido mas que pellizcado en una pequeña porcion de su diametro. Si las dos porciones sanas del intestino contrahen acercandose por encima del anillo una mutua adherencia, claro está que despues de la separacion del asa que cuelga fuera, estas porciones reunidas formarán un canal continuo que solo estará abierto por la parte anterior; y si los bordes de esta abertura son adherentes de cada lado à la circunferencia del anillo, cerrandose, ò reuniendose éste, hará necesariamente la reunion perfecta. Estos casos se presentan algunas veces por dicha de los enfermos, pero son muy raros.

ARTICULO QUARENTA Y SEIS.

DEL SARCOCELE, Y AMPUTACION del Testiculo.

MUY rara vez se ve ser el sarcocele tal como los Autores le han descrito: algunos dicen es un tumor del testiculo, ò una carne preternatural que nace sobre el mismo testiculo (a). El Sr. *Petit* (b) dice, es producido por una tumefaccion del mismo testiculo, del epididimo, ò del cuerpo pampiniforme, ya sea que se entumezcan juntos, ò separadamente. El Sr. *Sharp* (c),

(a) *Heister. Col de Villars*, y otros.
(b) En sus obras postum. tom. 2. cap. X. Art. 3. pag. 520.
(c) Recherch. crit. cap. 3. pag. 117.

nos ha dado una doctrina toda diferente de la naturaleza, y curacion de esta enfermedad. Este sabio Inglés dice, es el sarcocele una dureza, ò intumescencia del propio testiculo, ò del epididimo; habiendose asegurado por la observacion y experiencia, que lo que creen los Autores ser una excrecencia preternatural, es realmente una aumentacion, y endurecimiento del epididimo, y que los Autores por no haber conocido esta circunstancia, han confundido los dos sarcoceles, teniendo al del epididimo por una excrecencia carnosa que se producia sobre el cuerpo del testiculo; y habiendolos creido igualmente malignos, los han tratado por consiguiente muchas veces con una crueldad igualmente funesta, que inutil.

Es necesario, prosigue este Autor, cuidadosamente hacer distincion entre la dureza de estas dos partes, pues la práctica me ha asegurado que la del testiculo tiene siempre por ser este una parte glandulosa, una tendencia proxîma à pasar al escirro, y por consiguiente à el cancer, en lugar que la del epididimo por ser parte vasculosa nunca, ò rara vez tiene esta tendencia por sí misma. De lo dicho se infiere una consequencia muy importante, y es, que es necesario extirpar siempre el testiculo escirroso, luego que se conoce quiere degenerar en cancro, y no tocar à el epididimo quando solo él es el afecto, y que su endurecimiento no se estiende à el cuerpo del testiculo, ò ha adquirido el caracter canceroso. Si los Autores hubiesen conocido esta distincion no hubieran prescrito con tanta facilidad la extirpacion del epididimo quando solo él es el sitio unico de la enfermedad, en la falsa persuasion de que era una excrecencia preternatural.

El Sr. *Sharp* reduce las enfermedades que piden la amputacion del testiculo à solo el cancro, y el escirro quan-

quando éste incomoda por su peso, ò se inclina à pasar à cancro; y aun en estos dos ultimos casos dice no debemos hacer la operacion, si los enfermos sienten dolores en los lomos, à causa de las durezas del cordon, y no de la tirantez ò extension que el testiculo podrá causar por su peso sobre el cordon de los vasos espermaticos. Se conocerá dependen estos dolores de la afeccion del cordon, y no de la tirantez causada por el peso del tumor, si la suspension de la parte, ò la quietud de la cama no los alivian. De qualquiera modo asegura este Autor no debemos apresurarnos en hacer la operacion, aunque el escirro haya resistido à todos los remedios, pues se ha visto pasarse muchos años sin hacerse doloroso, ni aumentar de volumen, y otros disiparse enteramente à largo tiempo; y quiere no toquemos à estos escirros hasta que sobrevenga algun sintoma que exîja el socorro del arte.

No ha faltado quien se haya opuesto à esta dilacion en la operacion, objetando que por diferirla, la enfermedad del testiculo se estenderá hasta el cordon espermatico, y que una vez interesado éste hace la operacion extremamente peligrosa, y aun desesperada si la dureza pasa por encima del anillo; pero esto, dice el Sr. *Sharp*, no sucede à un práctico reflexîvo, en atencion à que el cordon no se endurece sino quando el testiculo ha dexado de aumentarse: no es esto una suposicion gratuita, sí una verdad que resulta de sus observaciones, como tambien lo es de experiencia, que no hay escirro por benigno que sea en quien la operacion no pueda tener malos sucesos; y que por el contrario no hay cancro, en quien la extirpacion no pueda ser favorable; de donde se concluye que sin un grande motivo no se debe determinar la operacion, ni desesperar jamás de su buen exîto quando haya la menor luz de esperanza.

Tambien le objetan que retardando la operacion, el testiculo adquirirá un volumen que la hará mas dolorosa, y complicada; pero à esto responde que haciendo la operacion segun su método no resultará mas grande herida en la extirpacion de un testiculo de tres libras, que en el que pese una.

El modo de hacer la operacion el Sr. *Sharp* en un grueso testiculo, es hacer una incision oval, comenzando por encima del anillo, y acabandola en lo baxo del escroto. La parte mas ancha del ovalo debe ser á lo menos la mitad de la mas pequeña circunferencia del testiculo. Hecha la incision, y enlazados los vasos del escroto (suponiendo que haya sobrevenido alguna hemorragia considerable) es necesario disecando, separar el cutis del cordon, à fin de poder hacer una, ò muchas ligaduras á los vasos espermaticos (d): hechas estas se corta el cordon, y disecando, se separa del escroto el testiculo con el pedazo de cutis ovalado que le cubre (e).

Mucho mas se facilita la operacion, cortando pri-

(d) Es bastante estraño que el Sr. *Sharp*, no haya observado que la ligadura del cordon espermatico despues de la castracion es comunmente inutil, esforzandose solo en probar que no es peligrosa; pero aunque esto se le conceda, dice el Sr. *Goulard* ¿no basta que no sea necesaria para que se la deba omitir? El Sr. *Petit* hizo uso de ella en el principio de su práctica; pero esta le demostró en adelante, no solo no ser necesaria sino peligrosa. Este ilustre práctico se sirvió en lo restante de su vida de solo la compresion de estos vasos sobre el hueso pubis. Veanse sus obras postumas tom. 2. cap. X. Art. 3. pag. 522. 526. y sigs.

(e) El Sr. *Petit* no quiere se haga esta operacion con el escalpelo, y sí con los dedos, porque además de hacerse mucho mas pronta de este ultimo modo, los vasos rasgados al hacer la separacion no dan tanta sangre, como quando son cortados con el escalpelo, pues además de hacer mas larga la operacion, por verse muchas veces en la necesidad de enlazarlos, es la sangre muy incomoda à el operador. Veanse sus obras post. tom. 2. cap. X. Artic. 3. pag. 521. y 525.

primero el cordon ; pues entonces cogiendo el testiculo por la parte superior con la mano izquierda, se le extrahe con mas facilidad que quando está suspendido, y que no se le puede separar sino por los lados. En fin, en no llegando con la incision oval hasta lo mas baxo del testiculo, la operacion será mas corta, y menos dolorosa, pues siendo necesario el dexar la menos porcion que se pueda de cutis, será mas pronto y mas facil el extraher el testiculo con la porcion que le cubre inferiormente, que separarle primero á él, y despues cortar el cutis superfluo ; y asi luego que el testiculo está separado del escroto en todo lo largo de la incision oval, se puede acabar la operacion cortando al mismo tiempo el testiculo, y el cutis, pues cortando con el teste una grande porcion de escroto, la herida es muy pequeña, aunque el tumor sea muy grueso. Este es el método simple, y facil que prescribe el Sr. *Sharp* preferible á el que es descrito por los mejores Autores, que él juzga en muchos puntos reprehensible por ser muy doloroso, y susceptible de peligrosos accidentes.

ARTICULO QUARENTA Y SIETE.

DEL HYDROCELE.

SI los Autores han estado varios sobre la naturaleza del sarcocele, mucho mas lo han estado sobre el sitio y diferencias del Hydrocele; pero haciendo una union de su doctrina, quando tratan de las diferencias y sitio del hydrocele, se vé clara y distintamente ser su teó-

teórica enteramente falsa. El Sr. *Petit* (a) solo admite dos clases de hydrocele: el uno es una infiltracion de serosidad entre las celulas del texido celular de las menbranas del escroto: esta clase puede ser mirada como un edema, y se le ha dado el nombre de hydrocele por infiltracion. El otro es una verdadera hydropesía, esto es una coleccion de serosidad extravasada en una sola cavidad, y se le llama hydrocele por extravasacion, y muchos Autores aunque sin razon, le han llamado enkistado. Este Autor solo reconoce una sola cavidad en que las aguas del hydrocele por extravasacion se pueden juntar, y esta es la de la tunica vaginal del testiculo: à esta tunica la ha dado el nombre de peritestes comparandola con el pericardio en razon de oficio; y segun él, la coleccion extraordinaria del humor que filtra el peritestes para lubricar y humedecer el testiculo, es quien forma el verdadero hydrocele por extravasacion. El Sr. *Sharp* que ha exâminado con mucha atencion los diferentes estados de esta enfermedad es del mismo sentir. (b)

Los Autores que han tratado del hydrocele, no solo se han limitado à indicar la puncion con el troycar para evacuar las aguas, sino que han propuesto diferentes operaciones para precaver la recidiva de la enfermedad: unos han prescripto abrir la tunica vaginal en toda su extension con el instrumento cortante, ò con el caustico, y extraher, ò destruir por estos medios una gran porcion de esta tunica: otros han aconsejado pasar un sedal al traves de la bolsa que contiene las aguas para deshacer la cavidad procurando la supuracion, y la adhe-

(a) En sus obras postumas tom. 2. cap. X. artic. 1. pag. 481.
(b) Recherch. critiq. sur le etat pres. de la chirurg. cap. 2. pag. 81. y siguientes.

herencia de las partes que forman las paredes de la cavidad; en fin otros se han contentado para obtener el mismo efecto, inyectar en lugar de las aguas evaquadas por la puncion, un licor espirituoso capaz de excitar una inflamacion en estas partes (c). Admirables serían estas intenciones, si se las pudiese satisfacer sin peligro, y si las operaciones que aconsejan, no tubieran comunmente mas peligrosos efectos, que la enfermedad que se quiere curar sin recaida.

No se deben descubrir impugnemente las partes que sirven à unas funciones importantes; y que son muy sensibles, à menos que no estén alteradas, pues en el estado natural, gozando de toda su sensibilidad no se las expone al contacto del ayre, y à la accion de los cuerpos irritantes, sin que resulten accidentes que expongan la vida del enfermo, ò que procuren la destruccion de la parte. Tal es el peligro que hay en descubrir el testiculo, quando se emprehende la cura radical del hydrocele: los mismos que preconizan esta operacion confiesan, que quando la han practicado han tenido comunmente que resistir à unos vivos dolores en los riñones, à una fiebre violenta, movimientos convulsivos, delirio, tumefaccion extraordinaria del testiculo y del cordon espermatico, y algunas veces à grandes abscesos, y aun à la gangrena de estas partes. Esta sola consideracion bastaria para no practicar este método; pero aun hay razones tomadas de la naturaleza de la enfermedad, que la deben hacer proscribir.

Se reconocen en general muchas causas del hydroce-

(c) Las utilidades è inconvenientes de todos estos medios se pueden ver en la Memoria que sobre la cura radical del hydrocele, nos ha dado el Sr. *Sabatier*, inserta en el 5. vol en 4. de los de la Real Academia de Cirug. de París, de la que pondré su extracto al fin de este Articulo.

cele; los golpes y las caidas pueden dar ocasion à esta enfermedad, produciendo una contusion al testiculo, y por la irritacion que ésta excita atraher mas cantidad de serosidad en el peritestes. Tambien puede sobrevenir el hydrocele de otras afecciones del testiculo, como del sarcocele, del varicocele, ò de la inflamacion causada por la supresion de una gonorrea; pero en estos casos no es el hydrocele mas que un accidente que complica la enfermedad principal, à la que solo se deben dirigir las indicaciones curativas, y asi desde luego es necesario apartar de aqui estas clases de hydroceles sintomaticos, porque no presentan por sí indicacion particular por lo que corresponde à su cura radical; pero en otra clase de hydrocele que se debe mirar como esencial, porque no depende de ninguna lesion primitiva de la parte, y sobreviene en una edad mas ò menos abanzada sin causa manifiesta, saben los que han estudiado la historia de las enfermedades, que estos hydroceles deben ser considerados comunmente como depositos criticos que terminan ò precaven diversas afecciones cronicas. En efecto la experiencia prueba que muchas veces el origen de un hydrocele ha hecho desaparecer un humor catarroso, una asma, una afeccion hypocondriaca, nefritica, hemorroidal, ò unos dolores reumaticos rebeldes, y que si el hydrocele se disipa por sí mismo, ò no vuelve despues de muchas punciones, se reproducen las mismas enfermedades, ò vienen otras mucho mas peligrosas, y aun la muerte. Con que independientemente del peligro que hay en descubrir el testiculo en la operacion que se propone, se debe aun temer el que puede resultar consecutivamente de la cura radical del hydrocele.

El Sr. *Petit* nunca aconsejó la cura radical à sus enfermos, ni el Sr. *Sharp* quando publicó el tratado de ope-

operaciones, y si alguna vez la practicó quedó bien arrepentido de ello; pero algun tiempo despues este Autor con los demás de su nacion parece quererla acreditar, y dice que los muchos exemplos de curaciones operadas en Inglaterra por los Cirujanos Ingleses por medio de la incision, le han reconciliado con ella, y mas no habiendo visto ningun enfermo perecer por la fiebre de la supuracion, por muy violenta que haya sido. Mas à la verdad es necesario estar muy prevenidos à su favor para quererlos imitar, enseñandonos la experiencia que la cura paliativa es suficiente para poner à los que padecen hydrocele à el abrigo de las ligeras incomodidades que produce; pero no es en esta sola parte de la Cirugía en la que en Madrid, la Anglo-mania se va introduciendo.

Por muy simple que parezca ser la puncion con el troycar no lo es tanto como se ha creido: la picadura del testiculo, y la rotura de algun vaso sanguineo son dos accidentes bastante freqüentes en esta operacion. Si se tubiese la desgracia de picar el testiculo, lo que conocerá el operador en la resistencia ò dureza que sintió con la punta del instrumento despues de haber atravesado con él el espacio en que están contenidas las aguas, y en el dolor que sintió el enfermo en aquella parte al herirla con la punta del troycar; se procurará desde luego oponerse à los gravisimos accidentes que de pronto sobrevienen; quales son, el intenso dolor y la inflamacion del testiculo, que muchas veces se termina por gangrena, ò à lo menos por supuraciones que exponen la vida à los enfermos, ò los hace perder el testiculo.

Para esto es necesario hacer uso de copiosas sangrias prontamente reiteradas sin pararse mucho à las pocas fuerzas del enfermo, pues una vez sobrevenida la inflamacion, ya no es tiempo de remediarla: à la parte se

aplicarán compresas mojadas en dos partes de agua y una de vinagre, ò la cataplasma de Arinas de la Pharmacopéa matritense, ù otro medicamento de esta indole, situando la parte convenientemente con su suspensorio, y haciendo al enfermo guarde dieta, y haga largo uso de bebidas diluentes y atemperantes; pero à la verdad apenas en la materia Medica se conoce medicamento tan noble para oponerse à estos accidentes, ò para remediarlos despues de sobrevenidos, como las fomentaciones hechas con el agua vegeto mineral poniendo despues la cataplasma de la miga de pan cocida con este agua, ò las compresas empapadas en ella, todo sostenido por el suspensorio.

Si aun con todo lo dicho no se puede impedir sobrevenga la inflamacion, se procurará contenerla haciendo todo lo posible para mitigar el dolor, que es el sintoma que mas urge, y el que causa la tension y la inflamacion, inclinandola à la resolucion repitiendo las sangrias y demás medicamentos antiflogisticos internos, y aplicando à la parte medicamentos anodinos: para esto es admirable la cataplasma hecha con leche, yemas de huevo, miga de pan, y un poco de azafrán en polvo. Si con esto ò con el uso de los emolientes el dolor se mitigase, se procurará la resolucion con las fomentaciones del agua vegeto mineral, y la cataplasma de la miga de pan cocida con esta agua, ò con otros resolutivos.

Mas si con ninguno de los medios dichos el dolor se mitigase, y la inflamacion subsistiese con el mismo grado de tension, ò mayor, como sucede quando quiere terminarse por supuracion, se proseguirá con la cataplasma de leche hasta que la disminucion del dolor y de la tension junto con la undulacion, que se sentirá en la parte, y la mitigacion, ò remision de los demás accidentes, nos anuncien está hecha la supuracion. En este

es-

estado es necesario cumplir la indicacion que se presenta, dando salida à el material contenido, si por si no lo hace, como sucede las mas veces por la picadura del troycar; pero de qualquiera modo se debe hacer una suficiente abertura con el bisturí para dar libre salida à las materias, y poder facilmente sin causar molestias al enfermo aplicar en el fondo del absceso los medicamentos concernientes à su curacion.

En el primer aparato despues de hecha la solucion solo se pondrán hilas secas blandamente aplicadas cubiertas con una compresa de quatro dobles mojada en un cocimiento resolutivo, ò en el agua vegeto mineral; en las siguientes tres, ò quatro curaciones se hará uso del digestivo comun en el fondo del absceso, y sobre la solucion una planchuela cubierta de balsamo de Arceo. Pasado el tiempo de estas curaciones por lo regular las hechas con solo las hilas secas son las que convienen, para lo que se debe tener presente lo que dixe arriba en el Articulo sobre la curacion de las heridas con perdida de sustancia en quanto à el abuso de los digestivos, y lo que el Sr. *Petit* nos advierte sobre las supuraciones de la sustancia del testiculo (d), esto es que quando el cuerpo del testiculo está alterado, y su membrana propia llamada albuginia rota ò ulcerada, salen por esta abertura los vasos seminales; aunque algunos han creido que lo que se encuentra en el fondo del absceso de una curacion à otra, es un pus mal digerido, ò pedazos de putrefaccion, sacandolo en todas las curaciones; y sino se conoce que esto es la verdadera sustancia del testiculo se extraherá toda de donde resultará, quedar vacia la membrana albuginea, y formar un receptaculo à el pus, que producirá

 una

(d) En sus obras post. tom. 2. cap. X. Art. 2. pag. 513. y siguient.

una calentura lenta, y otros accidentes que conducirán el enfermo à la muerte.

El Sr. *Petit* confiesa con ingenuidad haber incurrido en esta falta en un enfermo à quien habia abierto un absceso en un testiculo, los dolores, y la calentura habian disminuido, pero salia siempre por la abertura del peritestes de esta misma sustancia, que creyó ser pus quando estaba fluida, ò una separacion de alguna escara quando tenia alguna consistencia; pero habiendo observado que quando los filamentos resistian à su separacion, salia algo de sangre, dilató la abertura, y conoció su error. Desde entonces se contentó con curarle solo con el balsamo de fioravanti, con lo que no salió mas; pero ya el testiculo habia perdido una tercera parte de su propia sustancia. En otra ocasion en que fue llamado, aunque tarde, para evitar esta falta toda la sustancia del testiculo habia sido extrahida, quedando solo el epididimo que estaba tan tumefacto que le habian tenido por el testiculo; y como se ponia duro y aumentaba de volumen fue necesario hacer la amputacion: entonces se reconoció que el testiculo habia sido deshilvanado como un ovillo de hilo, quedando sola la membrana albuginea que junta con el epididimo habian formado este cuerpo tumefacto y endurecido, que se habia tenido por testiculo.

Lo mismo dice observó en otro enfermo que con una bala de fusil le habian pasado el escroto de una parte à otra interesando algo el testiculo izquierdo: el Cirujano encargado de la curacion de este enfermo observando un seno que no podia consolidar por estar siempre fluyendo una materia oscura, acompañada de algunos filamentos que sacaba con mucho cuidado en todas las curaciones, hizo llamar à el Sr. *Petit*: este conoció la falta, y vió que ya quedaba poca sustancia del

del testiculo, dilató la abertura, y le curó con las hilas secas, quedando bien arrepentido de no habérselo advertido al Cirujano en la primera curacion que fue hecha por el Sr. *Petit*, y de no haber hecho algunas escarificaciones sobre el cuerpo del testiculo, segun su comun práctica, creyendo no ser tan considerable la contusion; con lo que hubiera evitado acaso este accidente como en otras ocasiones le habia sucedido.

El otro accidente que he dicho sucede algunas veces haciendo la puncion del hydrocele con el troycar, es romper algun vaso sanguineo. No obstante todos los cuidados que se toman para evitar este accidente, sucede aun sin conocerlo al hacer la operacion, y aun en el tiempo de la salida de las aguas, pues muchas veces salen claras y limpias hasta la ultima gota, y se saca la canula del troycar sin que se vea una gota de sangre; con todo esto aun no se puede asegurar no haber caido en este accidente, siendo mas presto, ò mas tarde conocido, segun las circunstancias, como se verá por la siguiente observacion del Sr. *Petit* (e).

Un hombre de quarenta años à quien se habia hecho esta operacion, sintió dos ò tres horas despues que su supensorio le apretaba; le puso otro mucho mas ancho su Cirujano, pero aumentando mas el tumor, á las cinco ó seis horas se quexó el enfermo de lo mismo, le puso otro vendage mas ancho, y antes que se pasase este dia se vió precisado á ponerle aquel de que se servia en la mayor plenitud de su hydrocele: no sabiendo à qué atribuir este retorno tan pronto de las aguas el enfermo, à quien habian hecho muchas veces la puncion sin que le hubiese sucedido esto, se so-

bre-

(e) En sus obras post. tom. 2. cap. X. Art. 1. pag. 493. y siguient.

bresaltó, y tubo una consulta: en esta se decidió que habia algun vaso picado por el troycar, y que debia ser considerable, pues en tan poco tiempo habia llenado el saco que contenia las aguas. Esta opinion fue combatida por los que no podian creer que este tumor fuese sanguineo porque el cutis no habia mudado de color, alegando que habian visto un caso semejante en el que en dos horas de tiempo el escroto se puso acardenalado por la sangre que se habia infiltrado en el texido celular, y que formaba un echimosis en toda la extension del escroto y pene. La observacion era verdadera, pero no bastaba para probar que el tumor de que se trataba no era sanguineo. En efecto la experiencia enseña que no todas las veces que se rompe un vaso sanguineo haciendo la puncion del hydrocele, sobreviene echimosis, y aun en caso de que sobrevenga no siempre aparece prontamente.

Para entender bien este hecho, es menester estar en lo que va dicho tocante à el sitio de las aguas que forman el hydrocele, y à la situacion del vaso. Si el vaso roto es profundo de modo que su sangre se vierta en la cavidad en que estaban las aguas sin que se extravase en el texido celular del escroto, aun quando se llene esta cavidad, el echimosis no sobrevendrá, ò si sobreviene tardará mucho tiempo en aparecer, porque siendo la membrana vaginal tan densa y lisa en lo interior, no encuentra la sangre texido celular en que infiltrarse, y ocupa solo el lugar que ocupaban antes las aguas; pero si el vaso roto está situado inmediatamente debaxo del cutis, la sangre tendrá mas facilidad à insinuarse en el texido celular, que à entrar en la cavidad del peritestes, y el echimosis aparecerá desde luego mas ò menos prontamente.

En uno y otro caso, las indicaciones que se presentan

tan son dos: la una tapar el vaso roto para impedir mas extravasacion, y la otra la resolucion de la sangre extravasada. Para conseguir lo primero se valen los prácticos de estos tiempos de la introducion de una candelilla de cera hecha de proposito à este fin en la picadura del troycar para comprimir el vaso roto, y hacer se forme en su abertura un coagulo de sangre que oblitere su rotura. Para cumplir la segunda indicacion se valen de pronto de los medicamentos repercusivos y despues de los emolientes y resolutivos, aplicados unos y otros en forma de baños, fomentaciones, ò de cataplasmas con su vendage correspondiente. Con estos ultimos socorros se curó con felicidad, aunque en largo tiempo el enfermo del Sr. *Petit*, apareciendo despues el echimosis en todo el escroto, ingles y parte de los muslos: pero como no siempre se tiene esta felicidad, especialmente quando la sangre se halla acomulada en la cavidad del peritestes, es necesario quando por estos medios no se consigue la resolucion de esta sangre, darla salida haciendo una abertura en el escroto, y demás membranas que le cubren, despues se procura la supuracion, y se trata como dixe arriba, hablando de la supuracion de esta parte.

No obstante que he dicho al principio de este Articulo con doctrina de los mejores Autores, que en la curacion del hydrocele no admito la radical, aconsejando solo la puncion ò cura paliativa, quiero poner aqui para que el lector no tenga cosa que desear, el extracto de la Memoria del Sr. *Sabatier*, sobre los diferentes métodos empleados para curar radicalmente el hydrocele (f). A seis se pueden reducir los mas usados: la incision, la excision, la cauterizacion del saco, el sedal, la tienta, y las inyecciones-

(f) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 5. vol. en 4.

ciones. La incision practicada sobre toda la extension del hydrocele, de modo que se abra todo el saco, y se ponga à descubierto el testiculo, es el método mas antiguamente recomendado.

Para que este surta el efecto deseado, es menester que se exfolie lo interior del saco, y se supure en todos los puntos de su superficie: si quedase alguna porcion sin contraher adherencia con el testiculo, se puede temer se haga una nueva coleccion de serosidades, y que se reproduzca la enfermedad. No solo es necesario que todo lo interior del saco se exfolie, y supure, sino que ha de suceder lo mismo à la superficie del testiculo para que la tunica albuginea pueda contraher adherencias con la vaginal. La inflamacion y abscesos del testiculo, y las roturas que en él se forman, y dejan salir una parte de su sustancia, son los accidentes bastante comunes à la incision, del mismo modo que la hemorragia, que tambien puede sobrevenir, sin contar la grande y aguda calentura, que llaman sintomatica, ò supuratoria, y demás accidentes que de ella se siguen, que ponen à el enfermo, à lo menos en el mayor peligro de perder la vida.

Comunmente se cree, que la excision del saco del hydrocele es tan antigua como la incision. Siempre ha estado en uso el extirpar una parte de las tunicas del hydrocele, quando habian padecido una considerable extension, ò que han adquirido gruesor, y endurecimiento. *Juan Douglas* adelanta mas, y dice, que la excision del saco es el solo método que se debe poner en uso quando hay necesidad de servirse del instrumento cortante para obtener la cura radical del hydrocele. Se le ha objetado contra este modo de operar, que es largo y doloroso, porque está muy estrechamente unido el saco à los tegumentos, y que es menester mucho tiempo para separarle; pero tambien dice tiene otras ventajas;

la

la fiebre sintomatica de que es seguido, es menor, las curaciones son mas simples, la cura mucho mas pronta, y sobre todo imposible la recaida.

Algunos Autores modernos recomiendan la cauterizacion para la cura radical del hydrocele, otros la reprueban por los inconvenientes que en su uso han observado, y que el Sr. *Garengeot* reduce à quatro, que son obrar lentamente, extender su accion mas allá de lo que es menester, de no dispensarse de la necesidad de abrir el saco cortando la escara, y en fin atraer desordenes irreparables. No obstante es necesario convenir en que el caustico puede disponer la tunica vaginal à supurarse y exfoliarse, y que parece mas propio à procurar la curacion radical que la sola incision, por medio de la que no es siempre uno dueño de excitar una supuracion, y una exfoliacion conveniente en todas las partes del saco. En lugar de servirse del caustico para abrir los hydroceles en toda su extension, como se hace con el instrumento cortante, se contentan algunos de hacer con el una mediana abertura en el tumor para la salida de las aguas, y excitar en lo interior del saco una inflamacion, y una supuracion que produce el desahogo, y á la seguida de las quales contrahe las adherencias con el testiculo. Este modo de emplear el caustico en el hydrocele se ha conservado en Inglaterra, en donde ha mucho tiempo es usado.

En quanto à el sedal, todos los modernos dicen conviene solo en el hydrocele por infiltracion: no obstante algunas veces ha aprovechado para la cura radical del hydrocele por extravasacion. Entre los diferentes modos de emplearle me contentaré con decir el método de usarle el Sr. *Sabatier*. Este se sirve de un troycar de quatro pulgadas de largo, con

el que despues de haber vertido las aguas, empuja la canula hasta la parte superior, é interna del saco, y metiendo de nuevo el punzon en la canula, empujandole hasta su extremidad, rompe de adentro à fuera la tunica vaginal, y los tegumentos que se deben tener extendidos con los dedos de la mano izquierda, despues se saca el punzon, y la canula puesta en esta situacion sirve à pasar una aguja de sedal con un grueso cordon de seda blanca.

Mucho tiempo hace que es conocido el uso de la tienta para la curacion radical del hydrocele. El Sr. *Monró* ha inventado en estos ultimos tiempos un método que parece tiene alguna analogía con el uso de la tienta: este es la irritacion interior del saco por la extremidad de la canula del troycar dexada y mantenida algun tiempo en su interior; pero las resultas son muy diferentes: la tienta debe formar la supuracion, y la canula solo excita una inflamacion seguida de la mutua adherencia de las partes.

La irritacion del saco del hydrocele con la extremidad de la canula del troycar es muy probable haya dado lugar à el método de las inyecciones. Alguno habrá pensado que le era facil producir el mismo efecto por medio de un licor introducido en su interior, y se habrá servido de este método. Lo cierto es que por las observaciones comunicadas à la Academia de Cirugía de París tanto por sus miembros como por los extrangeros, resulta que la cura del hydrocele por las inyecciones ha surtido buenos efectos, y que los sucesos han sido bastante constantes; pero no todos los que de él han hecho uso han empleado el mismo licor para la inyeccion. El Sr. *Saucerotte*, Cirujano del difunto Rey de Polonia, se ha servido del vino en que habia hecho infundir rosas rubras, introduciendo en el

sa-

saco una igual cantidad à el agua que habia sacado por la puncion. El Sr. *Levret* ha inyectado en el saco la disolucion de dos granos de piedra de cauterio en cinco, ò seis onzas de agua; pero la inyeccion del espiritu de vino en diferentes dosis es el medio que mas comunmente se ha empleado. No obstante, los considerables accidentes que ha causado este licor, le han hecho abandonar à algunos prácticos. Es menester producir una inflamacion, cuya fuerza no sea muy considerable; y los accidentes sobrevenidos à la seguida del uso del espiritu de vino deben hacer preferir el vino à los licores mas activos. El modo consiste en inyectar en el saco del hydrocele, despues de haber sacado las aguas, tanto vino como él puede contener, dexandolo dentro por algun tiempo, manoseando el saco para extenderle sobre toda la superficie interna: despues se le da salida por la canula, se quita esta, y se aplica sobre el escroto una cataplasma emoliente.

De lo que acabo de decir extractando la Memoria del Sr. *Sabatier* se ve que hay muchos métodos que pueden conducir à la cura radical del hydrocele, pero que los hay muy peligrosos; y tanto que casi se los ha abandonado. Tal es la simple abertura del saco con el instrumento cortante, ò con el cauterio actual, ò potencial. La tienta ha caido de tal modo en olvido, que nos faltan suficientes experiencias para saber quales son sus efectos. La irritacion del saco con la extremidad de la canula del troycar puede dar ocasion à graves accidentes, y además no producir la supuracion que absolutamente es necesaria para la cura radical; con que solo nos restan la excision del saco, la aplicacion del caustico propia à formar una escara de mediano grandor, el sedal, y las inyecciones; pero estos quatro medios no deben ser empleados indistintamente. La excision del sa-

co,

co, por exemplo, conviene en los casos en que éste esté grueso y duro, ò quando se teme que una inflamacion excitada en su interior pueda mudar de caracter la enfermedad. El caustico, el sedal, y las inyecciones pueden ser utiles en todos los otros casos, y especialmente en aquellos en que el hydrocele es simple y reciente.

No obstante las ventajas que se nos presentan en las observaciones citadas en la Memoria del Sr. *Sabatier* en favor de la cura radical, yo siempre insisto en la doctrina establecida en el principio de este articulo, esto es en la cura paliativa, à menos que por algun incidente no nos veamos precisados à otra cosa.

ARTICULO QUARENTA Y OCHO.

DE LOS OBSTACULOS DE LA URETRA, que se oponen à la libre salida de la orina, conocidos hasta ahora con el nombre de carnosidades.

BAxo el nombre de carnosidad han tratado los antiguos los obstaculos de la uretra que se oponen à la libre salida de la orina. Los modernos mas instruidos en la curacion de estas enfermedades dicen que la dificultad de orinar y la retencion de orina que padecen los que han tenido gonorreas, hayan sido bien ò mal curadas, no vienen por las carnosidades nacidas en la uretra como decian los antiguos, y aun sostienen hoy algunos modernos. El exâmen de los cadaveres de los que han muerto de estas clases de retenciones de orina, ha hecho disuadir à estos prácticos del dictamen de las car-

carnosidades (a); pero nos señalan por causas de estas retenciones otras muchas enfermedades de este canal, como los bordes inflamados ò endurecidos de las ulceras de la uretra, las cicatrices que restan de estas despues de curadas, las arrugas, ò dobleces de su membrana interna, la gran dilatacion de los vasos de esta membrana, la intumescencia del texido esponjoso de la uretra, y la tumefaccion y obstrucion de las glandulas de este canal, y su circunferencia.

Creo que estos Autores han multiplicado mucho los obstaculos de la uretra, que se oponen à la libre excrecion de la orina: no es mi animo decir que no puedan sobrevenir estas enfermedades à la uretra, si que no son tan comunes como se creen, además que no habiendonos dado signos para conocer y distinguir las unas de las otras, y curandolas estos prácticos baxo de una misma indicacion, no se que utilidad traiga à la práctica esta division, ò distincion de obstaculos. Lo cierto es que por las observaciones que he hecho en diez y seis años que con algun cuidado he exâminado y curado estas enfermedades, debo de decir, que la mayor parte de las retenciones de orina de los que han tenido gonorreas tienen por causa la intumescencia de la sustancia exponjosa de la uretra, ò la tumefaccion y obstrucion de las glandulas de este canal, y las de su circunferencia, especialmente de las glandulas prostatas, y que el medio mas seguro de su curacion es pasar los enfermos por las unciones.

Para tener ideas claras y distintas de la formacion de

(a) *Lafaye* en las not. à Dionis, pag. 206. *Petit* en sus obras post. tom. 3. cap. XI. pag. 25. 26. y 44. *Saviart.* observ. 73. *Goulard.* trait. des malad. de l'uretre tom. 2. pag. 187. y las *Ephem.* de Alem. Cent. primera y segunda.

de estas enfermedades, dice el Sr. *Goulard* (b), es necesario recurrir à la anatomía: esta nos enseña que el gruesor de la uretra es formado casi en toda su extension de una sustancia esponjosa, esto es del conjunto de una infinidad de celdillas que se comunican entre sí: que este texido esponjoso está envuelto en dos membranas, la una forma la convexîdad, y la otra la concavidad de la uretra: que esta concavidad está vestida de una membrana muy fina, y muy susceptible de extension: que la primera porcion de la uretra es simplemente membranosa, y como una continuacion de las tunicas de la vexiga, y que está metida y situada todo lo largo de la cara superior de las prostatas con las que está muy unida: que del fondo de la cavidad en esta parte del canal urinario se eleva una eminencia nombrada verumontano: que prolongandose la uretra, forma una segunda eminencia que *Cowper* ha llamado el bulvo de la uretra: que abandonando el texido esponjoso à el bulvo se adelgaza, y envuelve enteramente el canal de la uretra acompañandole hasta la glande, en donde adquiere esta sustancia esponjosa mucho volumen: que el conjunto de estas celulas de que se forma este texido esponjoso, está continuamente lleno de una cantidad de sangre mas ò menos grande; en fin, que à proporcion que la engurgitacion de estas celulas se hace mas considerable, la distension de las membranas de la uretra, y sobre todo de la que cubre interiormente este conducto, es aumentada.

Se debe suponer que en el estado de salud, la accion del texido esponjoso de la uretra, contra la membrana que forma la parte interna de este conducto, y la resistencia de esta membrana son iguales, esto es que

(b) Trait. des malad. de l'urec. tom. 1. pag. 189.

que se contrabalancean sin poderse vencer. Esta igualdad de fuerzas es un efecto de la ley general, à que todas las partes del cuerpo humano estan sujetas, y solo restan constantemente en los limites, y lugares que la naturaleza las ha situado, quando son contenidas por fuerzas antagonistas. No sucede esto quando el canal de la uretra está en un estado preternatural, por exemplo, quando su membrana interna ha sido debilitada hasta un cierto punto, como sucede en aquellos que han padecido gonorreas, especialmente si han sido virulentas: en este caso el texido esponjoso que corresponde à la parte debil, ensanchandose hace esfuerzo contra las fibras debiles, las distiende, alarga, y empuja dentro de la cavidad de este conducto, de donde resulta un pequeño tumor, que es lo que los antiguos llamaron carnosidad, y los modernos con mas propiedad tumefaccion esponjosa, el que aumentando à proporcion que el texido celular se va infartando, estrecha mas y mas el conducto de la orina, hasta impedir, ò à lo menos hacer muy dificil su expulsion.

He dicho arriba que el principio de la uretra está metido todo lo largo de la cara superior de las prostatas, con las que tiene intima adherencia. Estas glandulas tienen un volumen bastante considerable, una consistencia bastante firme, y la figura casi de un ovalo irregular, cuya base ò parte mas gruesa corresponde al cuello de la vexiga, y la punta à el bulvo de la uretra: exteriormente está cubierta de una membrana que se cree ser en parte muscular, y es compuesto su texido interno de muchos pequeños sacos ò foliculos, que cada uno de estos tiene un conducto excretorio, que va à abrirse en la primera porcion de la uretra, al rededor de las partes laterales de la gruesa porcion del verumontano.

Las

Las glandulas de *Cowper* son dos cuerpos del volumen de una pequeña hava, de figura oval, aplanadas, situadas al lado de la uretra cerca del bulvo, cubiertas de los musculos aceleratores, cada una tiene un conducto excretorio que hace un camino bastante considerable en el texido esponjoso antes de romper la membrana interna del canal de la uretra en donde se abren obliquamente. Las glandulas de *Cowper* están situadas en el texido esponjoso de la uretra à la curbadura que forma este canal debaxo del hueso pubis, y se descargan en la uretra por dos pequeños orificios.

La glandula de *Litre* está debaxo de las prostatas en el texido esponjoso, entre las dos membranas de la uretra, y por muchos y pequeños conductos que agujerean la membrana interna de la uretra, se descarga en este canal. La glandula de *Morgagni* está debaxo de la extremidad del bulvo; su conducto excretorio se descarga en la uretra. Las lagunas de ésta están repartidas en toda la extension de este canal: todas tienen sus conductos excretorios que parten de los cuerpos glandulosos, mas ò menos sensibles, dispersos en el texido esponjoso de la uretra, y rompiendo la membrana interna de este canal descargan en él: los mas considerables de estos conductos se abren cerca de la glande, particularmente debaxo del frenillo, y en la fosa navicular.

Todo este aparato glanduloso, despues de haber separado de la masa de la sangre diferentes licores, los vierte en la uretra. En tanto que las secreciones y execreciones de estos licores se hacen segun las leyes establecidas por la naturaleza, no se debe temer la obstrucion de estas glandulas; pero si por una causa sea la que fuese, los humores separados y depositados en los foliculos, ù otros reservatorios de estas glandulas, se es-

espesan tanto que no pueden pasar por los caminos y orificios de los conductos excretorios; si vueltos viscosos, tenaces, y glutinosos se pegan à las paredes de estos reservatorios, y se detienen en ellos: si se hace en estas glandulas una secrecion muy abundante, y que la excrecion no sea proporcionada: si una compresion exterior impide el curso de los fluidos en la sustancia glandulosa, ocasionando alli extasis: si las lagunas y orificios de los conductos excretorios glandulosos son obstruidos por materias espesas que se detienen en la uretra: si la acritud de estas materias irrita y hace contraher estos orificios: si se mezclan à los licores que se filtran en los cuerpos glandulosos, partes eterogeneas virulentas, expecialmente de una virtud incrasante: si estas glandulas caen en estado escirroso, como sucede sobre todo à las prostatas: si se abscedan estas glandulas y hacen eminencia su cara superior, en la que está colocado y metido el principio de la uretra; es necesario que en todas estas circunstancias, ù otras semejantes, se observen obstaculos glandulosos que cierren mas ò menos este conducto escretorio de la orina.

Entre los obstaculos que se oponen à la libre excrecion de la orina, ya sean por la intumescencia del texido esponjoso, ò ya por la tumefaccion de las glandulas, es necesario distinguir los recientes, de los que son antiguos è inveterados: los que afectan una sola parte de la uretra, de los que ocupan muchas partes de esta: los cercanos à la glande, de los apartados: los de un volumen considerable, y que del todo cierran el paso à la orina, de los que solo la impiden en parte: los que acompañan à otras enfermedades de quien son ya la causa, ò ya el efecto, de los que son simples, y sin complicaciones.

Si estos obstaculos dependen de la intumescencia del

texido esponjoso, ò de la tumefaccion, ù obstruccion de los pequeños cuerpos glandulosos, ò de las lagunas dispersas en el texido de la uretra, no son muy dificiles de curar; pero si son las glandulas prostatas las que están obstruidas, la curacion es muy dificil, y algunas veces imposible, y por desgracia de la miseria humana este obstaculo es el mas freqüente, y tanto que el Sr. *Petit* cree es casi siempre la tumefaccion de esta glandula la que causa las retenciones de orina en los que han padecido gonorreas (c).

Un gran numero de observaciones ha demostrado en la práctica que las glandulas prostatas están sujetas à hincharse, inflamarse, abscedarse, y ponerse escirrosas (d). Aunque se las considere en el menos peligroso de estos estados, que es en el de su simple tumefaccion, no se dexa de conocer el en que se halla el enfermo, especialmente si se halla en su mayor grado: en este caso la primera porcion de la uretra está comprimida de abaxo arriba, y de los lados, y por consiguiente se sigue la disminucion, y muchas veces la obturacion total de esta parte del canal urinario, de lo que se sigue una ischuria, ò entera supresion de orina. Los diferentes grados de tumefaccion de esta glandula, manifiestan los diversos obstaculos mas ò menos considerables que suceden en esta primera porcion de la uretra.

No obstante haber sido muchos y varios los medios de que se han valido los Cirujanos para la curacion de las enfermedades que estrechan el conducto urinario, conocidas por los antiguos con el nombre de carnosidades, su curacion ha sido hasta aqui muy dificil. Unos se

(c) En sus obras post. tom. 3. cap. XI. pag. 44. y 45.

(d) Idem. pag. 19. 35. 37. y 42. Goulard trait. des Malad. de l'uretre pag. 209. 212. y 214.

se han servido de candelillas compuestas de medicamentos corrosivos: otros hacen una incision semejante à la que se practíca para la extraccion de la piedra, por la que introducen una canula en la vexiga para la libre salida de la orina, y un sedal que hacen salir por la abertura del balano, y con los remedios digestivos y escaroticos que aplicaban en esta parte del canal por medio del sedal destruian los obstaculos: otros dando de mano à los corrosivos è incisiones, se valian de las sondas de plomo, que seguramente no exponen à los enfermos à los gravisimos accidentes à que están expuestos los que hacen uso de los corrosivos, è incisiones; pero la curacion con las sondas de plomo es poco durable.

Ultimamente à estos métodos se ha seguido en nuestros dias el de las candelillas supurantes, desecantes, ò cicatrizantes, que tanto nos han decantado, *Daran*, en Francia, y *Richart* en España, llenandonos uno y otro muchos pliegos de papel de curaciones hechas con sus candelillas. Pero yo que no se disimular nada, y soy amante de la verdad, debo decír que las candelillas de *Daran*, y *Richart* deben una parte de su mérito à la ocultacion que sus inventores, ò vendedores hacen de su composicion. (*) Muchisimos son los

 en-

(*) Despues de escrito esto publicó *M. Daran*, en 1779. la composicion, de sus tres especies de candelillas. Primera especie. Se tomará de ojas de cicuta, de nicociana, de trifolio odorifico de *Doney*, trebol ofalso balsamo del perú, de flores y ojas de hypericon, un gran manojo de cada cosa. Se cortarán menudas, y se pondrán en un perol con diez libras de aceyte de nueces, y una de estiercol seco de oveja, à fuego lento hasta que estén bien cocidas las plantas, despues se cuela por un lienzo con fuerte expresion: se vuelve à echar el aceyte en el perol, y se le mezcla tres libras de manteca de puerco sin sal, y tres de sebo de carnero; quando está derretido y bien caliente, se añaden poco à poco ocho libras de litargirio en polvo, meneandolo siempre con espatula de palo para que no se pegue al perol; se dexa cocer à fuego lento una hora, y al fin se añaden dos libras de cera virgen, y se continua

enfermos que han sido tratados por el uno y por el otro, y que nos los han dado por curados en sus escritos, que sin pasarse mucho tiempo han buscado socorro en otros Cirujanos, y sino los han encontrado con mayores obstaculos à la expulsion de la orina, se tenian los mismos que antes que fuesen tratados con sus candelillas; yo puedo asegurar he visto muchos de estos, y que en el dia estoy socorriendo alguno, y son pocos los Cirujanos de Madrid que no hayan visto esto, y aun experimentado seguirse à el uso de las candelillas de *Richart*, y de *Daran* considerables inflamaciones en la uretra y partes circunvecinas, à las que se han seguido retenciones de orina, supuraciones urinosas, gangrenas, y aun la muerte. De lo que infiero que estos vendedores de candelillas tienen mucho de charlatanes.

Sin duda que engañados estos por la fluxîon de humor que excita en la uretra la aplicacion de sus candelillas creen que los obstaculos de esta se supuran, y por este medio se deshacen; pero ademas de que no es facil concebir cómo las candelillas pueden poner en supuracion en tan corto tiempo la intumescencia del texido esponjoso de la uretra, y la obstruccion, y dureza de las glandulas de este canal, y especialmente las de las prostatas, que son las que mas comunmente forman los obs-

---

nua cociendo hasta que tome buena consistencia, de modo que las candelillas no queden demasiado blandas, ni secas, para que ni se doblen ni se rompan. En esta materia se empapan lienzos y se forman candelillas, &c. La segunda especie se compone, juntando à una parte de la composicion antecedente dos de cera virgen; y la tercera mezclando à una parte de la primera composicion quatro de cera virgen. La primera especie de candelillas, quiere este Autor se unten para introducirlas, con un ungüento compuesto de quatro onzas de balsamo de copaiba, dos de emplasto de diapalma, y una onza de estiercol de oveja molido y pasado por tamiz: las otras dos especies de candelillas las unta con aceyte.

obstaculos que se oponen à la salidad de la orina; no han observado que haciendo uso de sus candelillas en sugetos que no padecen, ni han padecido estas enfermedades, que tienen sana la uretra sin el menor recelo de vicio en sus humores, se sigue esta fluxîon de materia por la uretra, y lo que es mas, como yo lo he experimentado, que aun quando se introduzca en la uretra de estos las candelillas de solo cera se sigue este corrimiento; de lo que se infiere que esta materia no puede ser de una supuracion, pues en tan corto tiempo como pasa de la introduccion de la candelilla à manifestarse no puede formarse ésta. Además que sucediendo igualmente esto en sugetos sanos, qué enfermos, còn candelillas que sean ò no supurantes, se debe creer no puede ser otra causa la de este corrimiento que la secrecion aumentada en las glandulas de este canal por la ligera irritacion, ò compresion que hacen las candelillas sobre estas partes.

Aun quando de gracia se les quiera conceder ser sus candelillas capaces de poner en supuracion los obstaculos que se oponen à la expulsion de la orina; las cicatrices que se siguen de la consolidacion de las partes supuradas, aunque se ponga en la formacion de estas el mismo cuidado que se tiene en las de las partes exteriores; especialmente en las de la cara, lo que no es posible; ¿dexarán de estrechar éstas mas y mas à proporcion de su contraccion, ò de lo mas ò menos gruesas que queden la cavidad de la uretra? Por otra parte siendo el obstaculo que tapa ò estrecha el conducto de la orina causado por la intumescencia del texido celular ò esponjoso de la uretra, no pueden dexar de aumentar esta enfermedad las candelillas de que hacen uso con el nombre de suavizantes, que sin duda son las mas suaves de las tres diferentes especies, relaxando mas y

mas

mas este texido ò sustancia esponjosa, y por consiguiente aumentando la intumescencia estancando mas humor en sus celulas.

De lo dicho se infiere, que de todos los medios hasta ahora dichos, el mejor y que trae menos inconvenientes es el uso de las sondas de plomo, ò las compuestas de solo cera, pero como este medio es solo para conseguir una curacion paliativa, los Cirujanos poco satisfechos con esta via de curacion, no han cesado hasta hallar un remedio que sea capáz de deshacer estos obstaculos è impida su recaida. Esto se halla en las candelillas del Sr. *Goulard*, compuestas de cera y extracto de Saturno. Ninguno de los inconvenientes hasta aqui dichos se encuentran en estas candelillas, y de la union de la cera, y el extracto de saturno resulta un medicamento analogo à la curacion de estas enfermedades, que sin duda las cura por medio de la resolucion; y dando tono y elasticidad à estas partes precave su recidiva.

No será extraño esto à los que saben es la cera uno de los mejores medicamentos resolutivos hasta hoy conocidos, y à los que por una larga práctica bien observada en una inmensidad de casos saben quan util es el uso exterior del extracto de saturno para resolver las tumefacciones y durezas de las glandulas aunque estén escirrosas. Es verdad que se encuentra alguna dificultad en hacer las candelillas con la cera y el extracto haciendolas muy frangibles la humedad de éste, siendo mayor este inconveniente à proporcion que se aumenta la dosis del extracto; pero esto se remedia facilmente poniendo el extracto en consistencia de miel, y haciendo las candelillas mezclando à una libra de cera de una onza à onza y media de este extracto, habiendome enseñado la experiencia por repetidas observacio-

nes

nes no ser necesario aumentar mas extracto à la composicion de las candelillas para la curacion de los obstaculos de la uretra, aunque sean inveterados, y por consiguiente las muchas diferencias de formulas de candelillas que el Sr. *Goulard* nos da la tengo por inutil. Con las mencionadas dosis de cera, y extracto se hacen las candelillas con bastante facilidad, y salen de una consistencia bastante fuerte, que es una de las calidades necesarias que deben tener para perfeccionar la curacion de las enfermedades del canal de la uretra (*).

El modo de servirse de las candelillas es el siguiente: puesto el enfermo de pie, ò en la misma situacion que se pone para sondearle con la algalia, se coloca el Cirujano al lado derecho de éste, y con la mano izquierda coge el pene, descubre la glande, y poniendole en una moderada extension para que la uretra no haga pliegues, y no haya mas obstaculos à la introduccion que los causados por la enfermedad, toma la candelilla en su mano derecha, y la introduce en la uretra. Es muy comun untarla con aceyte, tanto para introducirla con mas facilidad, quanto porque su impresion se haga mas tolerable; pero à la verdad el aceyte de qualquiera especie que sea no dexa de traer algun perjuicio à la curacion, por lo que me parece mas conforme à razon y à satisfacer las indicaciones que nos proponemos cumplir en estos casos, untar la punta de la candelilla en las primeras introducciones con el unguento rosado, y en las siguientes quando ya está la uretra acostumbrada à las impresiones de las candelillas con el unguento de Mercurio mezclado con el rosado. Su-

(*) Para hacerlas mas activas añado à las dosis de cera y extracto dichas dos dragmas de cinabrio nativo, al tiempo de empapar los lienzos para hacer las candelillas, porque en este tiempo la cera no está muy derretida y por consiguiente impide se precipite al fondo.

Sucede muchas veces encontrarse obstaculos tan grandes que por mas diligencias que se hagan no puede pasar la candelilla: en este caso se dexa introducida de modo que su punta esté empujando sobre el obstaculo por algunas horas, con cuya diligencia en pocos dias se consigue el pasar y llegar con ella hasta la vexiga. Pareceria conveniente en estos casos usar de una candelilla muy delgada con la punta aguda, pero el uso me ha hecho ver se pasan los obstaculos mas facilmente con las candelillas medianamente gruesas y de punta redonda. A corto tiempo del uso de la candelilla se experimenta en la uretra algun calor y algunas veces mayor dificultad de orinar, (efectos ordinarios del remedio, pero esto se remedia suspendiendo su uso por algunos dias) luego se sigue un corrimiento mas ò menos copioso, segun la mayor ò menor abundancia de los humores que se funden en la parte, y à esto se sigue principiar la resolucion de los obstaculos, y por consiguiente la mayor facilidad de orinar.

Algunos ponen las candelillas dos ò tres horas por la mañana, y otras tantas por la tarde, pero en esto no se puede dar regla fixa, debiendonos gobernar por la mayor ò menor sensibilidad de la uretra: algunas veces es esta tan sensible que la primera introduccion de la candelilla es muy dolorosa; (aumenta mucho el dolor en sugetos pusilanimes el miedo de la operacion) otras veces es muy tolerable en los primeros dias de su introduccion, y pasado algun tiempo causa mucho dolor, y aun estranguria, inflamacion de los testes, y calentura. Estas circunstancias piden una conducta que no se puede aprender sino con la experiencia; pero en todos estos casos se debe interrumpir el uso de las candelillas hasta que del todo hayan cesado estos sintomas, continuandolo despues con alguna circunspeccion;

pe-

pero para precaver toda disposicion à las enfermedades inflamatorias en la uretra y partes naturales, el enfermo vivirá adietado usando de un regimen atemperante en todo el tiempo de su curacion, y con mas rigor si han sobrevenido estos accidentes.

Por regla general en el principio del uso de las candelillas nos debemos ir poco à poco, pero si el enfermo tiene su uretra acostumbrada à contener cuerpos duros, y quiere sujetarse à tener la candelilla nueve ò diez horas todos los dias, curará en menos tiempo que si solo la tubiese quatro ò cinco horas: yo he visto muchos que en los principios no podian tenerla mas de una hora sin que los sobreviniese à lo menos un gran ardor en la uretra, especialmente à el orinar, y despues que se fue la uretra poco à poco acostumbrando à la impresion y dureza de la candelilla, la tenian puesta dia y noche sin interrupcion, quitandosela solo en la necesidad de orinar. Este método es seguramente muy ventajoso, (en la suposicion de que no irrite mucho la candelilla) pues quanto mas esté puesta mas pronto se logrará la resolucion de los obstaculos, y por consiguiente quanto mas continuado tiempo esté la uretra dilatada mas motivo hay de esperar que la curacion sea radical.

Por lo que mira à el tiempo que es necesario para la perfecta curacion seria imprudencia hacer un prognostico positivo: hay casos que parecen absolutamente desesperados, y el enfermo se cura en algunas semanas, y por el contrario hay algunos obstaculos que demuestran ser de poca consideracion, y no obstante no ceden en muchas semanas, ò en muchos meses; pero el mayor numero de curaciones se hacen en ocho, ò diez semanas.

Para juzgar quando está curado el enfermo no se puede dar mejor regla, que la cesacion de todos los sin-

tomas de la enfermedad: la continua fluxîon por la uretra ordinariamente sigue en cierto grado mientras se hace uso de las candelillas, y asi si el enfermo se encuentra bueno orinando bien y sin ningun obstaculo en el conducto, puede, despues de haber usado de la candelilla quince, ò veinte dias mas para asegurar su curacion, cesar su uso por grados poniendola luego solo una hora todos los dias, y despues dos, ò tres veces en la semana hasta dexarla del todo. Pero si despues de todas estas precauciones quedase algun corrimiento, ò amenazase volver algun obstaculo, será necesario repetir el uso de las candelillas por otras cinco, ò seis semanas.

Bien se quan tribial debe parecer à muchos el método curativo con solo un genèro de candelillas, quando todos dicen ser necesarios varios generos para los diferentes periodos de la curacion; pero como estos creen se opera la curacion de estas enfermedades por medio de la supuracion, varian la clase de candelillas del mismo modo que lo hacen con los medicamentos con que curan una herida por la via de la supuracion; pero además de que aun en este caso en el dia todos los prácticos conducen las heridas hasta su perfecta curacion con solo una clase de medicamento, la curacion de los obstaculos que impiden la libre salida à la orina por la uretra, se hace por resolucion de estos obstaculos, ò tumefacciones, y no por la supuracion. La experiencia me ha hecho ver esta verdad, y que este método es perfecto pudiendo asegurar he curado con él un gran numero de estos obstaculos acompañados de estranguria, de incontinencia de orina, de retencion de ésta, y de peligrosas fistulas en el perinéo.

No obstante si el obstaculo que impide la libre salida de la orina por la uretra es la tumefaccion, ò dureza

de

de las glandulas prostatas, la curacion por solo el uso de las candelillas no será perfecta. En este caso es menester atender à la causa que ha producido esta tumefaccion, y siendo un vicio venereo, que no será muy dificil conocer tanto por la relacion del enfermo, como porque esta tumefaccion siempre se encuentra acompañada con algun otro obstaculo en la uretra, lo que no sucede quando la dureza de las prostatas viene de otra qualquiera causa, es necesario para conseguirla, hacer pasar à el enfermo por las unciones al mismo tiempo que se hace uso de las candelillas, pues sin esta atencion no se podrá obtener su curacion. Lo mismo se debe hacer en aquellos casos en que los otros obstaculos de la uretra sean tan tenaces, que no quieran ceder al uso de las candelillas. La tumefaccion, ò dureza de estas glandulas, que no viene de una causa venerea, ordinariamente es mortal.

Algunas veces la tumefaccion de las glandulas prostatas se termina por supuracion. Conocese esto, además de las señales que preceden à toda supuracion, introduciendo un dedo en el ano con el que se sentirá la flutuacion, ò undulacion de la materia abscedada en esta glandula: se dará salida à el pus por medio de una abertura hecha en el perinéo semejante à la que se practíca en la puncion de la vexiga en esta parte. No faltan observaciones, que por no haber hecho en tiempo esta operacion la naturaleza ha dado salida à el pus rompiendo el tumor en la uretra, ò en la vexiga, y otras en que el Cirujano ha roto el tumor casualmente por la uretra al introducir la algalia para sacar la orina, y los enfermos se han curado felizmente (e).

Otras veces la supuracion se forma en el texido celular de la circunferencia de estas glandulas, y no en su cuer-

(e) Obras postumas del Sr. *Petit* tom. 3. cap. XI. pag. 35. y 38.

po, y en este caso aunque la supuracion sea grande las glandulas quedan siempre endurecidas, y por consiguiente el enfermo en el mismo peligro de recaer en la retencion de orina; cuya dureza siendo la causa venerea no se puede curar de otro modo que pasando à el enfermo por las unciones como he dicho arriba.

Las prostatas secundarias, ò glandulas de *Cowper* estan tambien sujetas à abscedarse: en este caso se forma un tumor en el perinéo que es necesario romper antes de su perfecta supuracion para no dar lugar à que el pus detenido rompa la uretra, y resulte una fistula urinaria. En tanto que se forman estas supuraciones, y hasta que se las da salida, el paso de la orina es interrumpido, por lo que es menester extraherla por medio de la algalia todas las veces que sea necesario.

Un efecto, ò resulta muy comun de los obstaculos que impiden la salida de la orina por la uretra son las fistulas del perinéo. Aunque estas tienen su nombre porque estan situadas en el perinéo, algunas no obstante lo pueden tambien estar en el escroto, en el ano, y aun en las ingles. Algunas veces se encuentran en el tegumento comun de estas partes muchos agujeros fistulosos que todos corresponden à solo uno de la uretra, que algunos quieren esté situado entre el cuello de la vexiga, y el bulvo de la uretra en aquella parte llamada membranosa (f), pero yo he visto fistulas del perinéo en que estaba rota la uretra en otras diferentes partes, especialmente en la porcion del conducto que hay desde el escroto hasta el balano, y alguna vez se ha encontrado este agujero situado por encima del cuello de la vexiga.

Como regularmente proceden las fistulas del perinéo, de que los obstaculos de la uretra impiden la salida de la

(f) Operac. Chirurg. del Sr. *Ledran.* pag. 354. edic. francesa.

la orina por este canal, la primera indicacion que se presenta en su curacion, es la de dar paso libre á la orina por la uretra. Recobrando este canal su estado natural por el uso de las candelillas, las orinas toman su curso regular, las durezas se deshacen poco á poco, y las fistulas se desecan, y cicatrizan luego. Los que no estén bien instruidos en la curacion de estas enfermedades se admirarán sin duda ver que con solo quitar los obstaculos que impiden la salida à la orina por la uretra, se curan estas fistulas, y se deshacen las durezas, ó callosidades que las acompañan. El Sr. *Ledran* (g) asegura ha visto muchos enfermos que con solo el uso de las candelillas, en seis ú ocho semanas se han cicatrizado todos los agujeros fistulosos: yo he observado lo mismo muchas veces y en algunos en menos tiempo.

Mas si las durezas que acompañan estas fistulas son tan envejecidas, y grandes que no ceden con el uso de las candelillas, en este caso despues de haber dado paso libre á la orina se procurarán deshacer por medio de la supuracion, y si este medio no fuese suficiente se cortarán quanto sea posible con el bisturí, como lo practicaron los Señores *Ledran*, y *Sharp* (h). Yo nunca me he visto en esta ultima necesidad, habiendome bastado siempre la supuracion que he procurado, poniendo en los agujeros fistulosos una mixtura de balsamo de Arceo, y precipitado blanco, mas ó menos cargada de esto ultimo á proporcion de la consistencia de las callosidades, y encima en toda la extension de las

(g) Consult. Chirurg. del Sr. *Ledran*, consulta sobre una fistula en el perinéo, pag. 238.

(h) Observ. de Chirurg. del Sr. *Ledran*, tom. 2. observ. 77. y 173. *Sharp*, Recherch. critic. cap. 4. pag. 242.

las durezas un emplasto de partes iguales del diachylón gomado, y de ranas con duplicado Mercurio; facilitando siempre à el mismo tiempo con las candelillas la libre salida à la orina por la uretra. Es de tanta importancia esta atencion que sin ella no se curan las fistulas del perinéo aunque se haga la operacion que se quiera para conseguirlo, y aun quando esto fuese posible, volverian de nuevo por exîstir la causa.

Muy dificil es de curar la fistula quando el agujero fistuloso está situado por encima del cuello de la vexiga. Esto se conoce en que el enfermo sin advertirlo vierte casi todas sus orinas por la fistula. En este caso el uso de las candelillas no es de utilidad alguna, y solo se podrá esperar curar esta fistula por medio de la operacion, esto es haciendo una incision que llegue hasta mas arriba del cuello, tratandola despues con el método regular, y teniendo puesta en la vexiga en todo el tiempo de la curacion una algalia, para que saliendo por esta toda la orina pueda consolidarse el agujero fistuloso.

ARTICULO QUARENTA Y NUEVE.

DE LAS INFILTRACIONES LACTEAS que sobrevienen à las mugeres recien paridas.

SIendo por nuestra desgracia ya tan comun en España no criar las madres à sus hijos, y no diciendonos nada el Sr. *Heister* de los inconvenientes que de esto resultan, y que son de la jurisdiccion de la Cirugía, he tenido por conveniente tratar aunque ligeramente este asunto.

El

El no criar las mugeres de todos estados à sus hijos es una moda muy perjudicial, y enteramente opuesta à las leyes de la naturaleza. Si estas vieran à lo que esto las conduce, si se formasen una idea de à lo que se exponen, estoy cierto que no pensarian jamás en abandonar sus hijos; pero sin otra razon que la de substraerse de las obligaciones de madre quieren mejor exponerse à perder la vida, que sacrificar algunos momentos de quietud para dar de mamar à sus hijos. Si una madre hiciese atencion à que es por los pechos por donde la naturaleza se abre camino para descargarse de la abundancia de los humores que la habian sido necesarios mientras el embarazo: à que despues del parto la matriz recibe mucho menos: à que los pechos reciben mas; y à que entonces los vasos lacteos dan paso à el humor que les es destinado, entrevería los daños à que se expone, si en esta ocasion el humor lacteo es repercutido, estando obligada la naturaleza segunda vez à desembarazarse de ello.

Es verdad que muchas veces ésta se ha procurado una ventajosa salida de este humor, pero tambien lo es que las mas veces encuentra obstaculos que no puede superar, por lo que una muger racional no debe exponerse à tantos peligros, pues de hacerlo es querer adelantar el tiempo de la ruina de su individuo, debilitar su salud, de que está asegurada en criando, y tomar un camino contrario à el que conviene à la buena constitucion de su hijo, sin mas fundamento que el de querernos las mugeres persuadir de que el medio de conservar la hermosura de su tez es el de no criar, enseñandonos la experiencia y la razon que tienen esta ventaja las que crian.

Para convencerse de esta verdad no es necesario mas que observar que una muger en el estado de preñez está

tá llena de indisposiciones, que luego que pare tiene una perdida de sangre uterina mas ò menos grande segun las circunstancias que han acompañado el parto, que los pechos, y la matriz se entumecen succesivamente, que los primeros proveen la leche, y la matriz un fluxo de materia mas ò menos blanca, y finalmente à que la muger no vuelve à tomar su buena salud y robustez sino en el amamantamiento, y fluxìon de los lochios.

La mas comun y peligrosa enfermedad à que están expuestas las mugeres que no crian sus hijos son las infiltraciones ò tumefaccciones lacteas: el Sr. *Levret* (a) nos dá las señales para distinguir estas infiltraciones de las lynfaticas. Aunque todas las partes están expuestas à padecerlas, se limíta à exâminar sus diversos caracteres en las extremidades inferiores por estár éstas mas sujetas que ninguna otra parte del cuerpo à una y otra especie de infiltracion. Quando la parte blanca de la sangre, conocida baxo el nombre de serosidad lynfatica se extravasa en las celdillas del texido celular, el tumor es transparente; por el contrario la infiltracion lactea es opaca. En el primer caso las excarificaciones hechas en el cutis vierten los liquidos de que está empapado el texido celular, en el segundo no producen este efecto. Mas en donde principalmente encuentra el Sr. *Levret* las diferencias esenciales que las caracterizan, es en la observacion del camino que sigue la naturaleza para formar estas dos clases de infiltracion: la sero-lynfatica comienza por los pies, despues pasa à las piernas, y de estas à los muslos; todo lo contrario sucede en la infiltracion lactea. Esta dá principio en la pelvis por el texido celular de las partes circunvecinas del utero, luego se pre-

(a) En una Mem. leida en una Sesion de la Real Acad. de Cirug. de Paris el año pasado de 1752.

presenta en los muslos, despues se extiende à las piernas, y de aqui à los pies.

El sitio primitivo de la tumefaccion lactea da razon del orden que sigue la enfermedad en sus progresos. Los primeros sintomas son pesadez en la pelvis, dolores lentos en las ingles, debilidad en los muslos, el cordon de los vasos crurales se pone doloroso, y algunas veces se perciben con el tacto à lo largo de su camino pequeños tumores como aceytunas; la tension del muslo se pone extremamente dolorosa, por lo comun sin mas calor, sin rubicundez, ni inchazon aparente; despues sobrevienen los mismos sintomas à la pierna, y mientras que estos se forman, el muslo se pone muy grueso y los dolores disminuyen, el pie pasa sucesivamente por los mismos estados de infiltracion, de tension dolorosa, y de tumefaccion, que continua aumentandose à proporcion que disminuye la sensibilidad, y en fin quando la tumefaccion ha llegado à su ultimo periodo, lo que sucede comunmente en el espacio de ocho ò diez dias, se pone el cutis edematoso, el miembro inmobil, y los dolores son tolerables, especialmente si se le dexa quieto, y no se le hace mover por alguna causa exterior. La resolucion del infarto empieza por el muslo, despues se desincha la pierna y el pie. Nada hay pues de comun entre la infiltracion lymphatica lactea, y la que es puramente lymphatica sino el orden con que la naturaleza hace la resolucion de una y otra.

La causa mas comun de las infiltraciones lacteas es el frio; rara vez sobreviene este accidente antes del quinto, ò sexto dia; finalmente luego que han pasado algunos dias, que por la mayor parte es quando comienzan las mugeres à sacudir el yugo de las precauciones que la prudencia las ha impuesto, para dar tiempo à la naturaleza à desembarazarse de la leche que la puede

servir de carga, por no emplearla en alimentar à la criatura, es por lo comun quando sobrevienen estas infiltraciones. Esto dice el Sr. *Levret*, es tan cierto, que jamás se ve que las mugéres que crian sean acometidas de estas infiltraciones, ni estan sujetas à esta indisposicion sino quando les es preciso destetar la criatura, teniendo aun mucha abundancia de leche (b). Aquellas mugeres à quienes se las va mucha, se las debe mirar como si criasen, por lo que corresponde al temor de las infiltraciones lacteas consecutivas.

Despues de otras muchas advertencias, no menos importantes, pasa el Sr. *Levret* de la teórica á la practica, y exâmina los medios curativos de las infiltraciones lacteas. Se pueden precaver administrando metódicamente los sudorificos, y los ligeros purgantes, pero quando se han formado, no hay mejor remedio que los jabones, pues las sales alcalinas son los verdaderos fundentes de la limpha, y de la leche coagulada. Se hacen cataplasmas con la miga de pan, y un cocimiento de plantas emolientes en el qual se disuelve el jabon. El agua de jabon es tambien útil en fomentos, y en medios baños, la dosis es desde quatro dragmas hasta dos onzas en cada media azumbre para las cataplasmas, y los fomentos, pero para los baños es de un escrupulo hasta una dragma solamente; mas como no se puede hacer uso muchas veces de las cataplasmas á causa de la mucha extension del mal, y los fomentos especialmente en el invierno traygan alguna in-

(b) No es tan cierto esto como quiere el Sr. *Levret*. Yo en muy poco tiempo he observado estas infiltraciones lacteas en dos robustas mugeres que criaban sus hijos: bien que ambas empezaron à padecerlas à los veinte ò veinte y cinco dias del parto y en un tiempo frio como es el mes de Diciembre y Enero. Las dos sin dejar de criar sus hijos se curaron en corto tiempo con el método propuesto en este Articulo.

incomodidad á causa de enfriarse con mucha facilidad; la practica me ha enseñado se debe preferir en estos casos el frotar la parte entumecida dos ó tres veces al dia con una disolucion de jabon en buen aguardiente, ó espíritu de vino sin retificar cubriendo despues la parte con unos paños, ó bayetas calientes.

Se ayuda al buen efecto de los remedios externos con el uso interior de la tierra foliada de tartaro, de la sal de duobos ó arcano duplicado, esta sal es un poderoso aperitivo. El Sr. *Baron* que ha puesto en orden el curso chimico de *Lemeri* dice que se le tiene en París como un especifico contra la leche derramada (lo mismo dice el Sr. *Lieutaud*), y cree, que en lugar de darla interiormente desde ocho granos hasta un escrupulo, como lo aconseja *Lemeri*, se puede hacer tomar desde una dragma hasta tres para una toma; yo he conseguido con ella felices sucesos, haciendo tomar una dragma por la mañana, y otra por la tarde en seis onzas de un cocimiento aperitivo atemperante hecho con avena, raiz de chicoria, de grama, y de esparrago, dulcificado con el jarave de las cinco raices aperitivas.

Si el vientre se moviese demasiado, como sucede alguna vez, hago que tome solo una dragma por las mañanas, ó cada tercer dia, continuandole segun el efecto que produzca hasta la perfecta curacion. Este remedio desembaraza los vasos capilares de la materia lactea que alli está detenida, liquidandola, y evaquandola, ya sea por orina, cámara, ó sudor. Este mismo medicamento se le puede dar en caldo de ternera, ò de pollo, y en leche de almendra, segun las circunstancias. Es necesario que esta sal esté bien trabajada, esto es, que esté pura, y despojada de toda mezcla de cobre, lo que se conocerá en que está per-

fectamente blanca. Los purgantes bien administrados son tambien muy eficaces. El Señor *Levret* da al cremor de tartaro la preferencia entre todos los demás, le hace soluble con la adiccion de algunas gotas de aceyte de tartaro por deliquio; yo he visto buenos efectos con el tartaro soluble administrado en un cocimiento aperitivo; pero es necesario advertir que no se deben usar los purgantes hasta que haya calmado el dolor, y empezado á hacerse la resolucion, lo mismo se debe entender en quanto á los topicos resolutivos, debiendo en el principio mezclarlos con los anodinos.

ARTICULO CINQUENTA.

DE LA PROCIDENCIA, O CAIDA de la matriz, de sus pòlypos, y de los de la vagina.

SAbia, y distintamente trata el Sr. *Heister* (a) de la trambersacion y caida de la matriz; pero si ésta se precipita en el tiempo de la preñéz, ó mientras los dolores del parto (de lo que hay algunos exemplos) no nos dice quál ha de ser la conducta que se debe tener en estas ocasiones. Si la preñéz está poco adelantada, se reducirá la matriz, y se la mantendrà en su lugar; pero si estubiese adelantada, ò cerca de cumplir su termino, no se tentará la reduccion por no fatigar la matriz, y el fetus por esfuerzos inutiles: en este caso nos contentaremos con hacer estar la muger en la cama, y sostener la parte con un vendage conveniente, hasta el tiempo del parto en que se procura ir dilatan-

(a) Inst. Chirurg. tom. 3. part. 2. secc. V. cap. CLVII. pag. 393.

tando poco á poco y gradualmente con los dedos el orificio de la matriz, se saca el fetus con la mano introducida en esta viscera , y despues se desprende la placenta con las precauciones necesarias en estos casos, y se repone en su lugar la matriz. Si ésta se precipita mientras el parto nos conduciremos del mismo modo, y no abandonar á la naturaleza el procurar la salida del fetus como lo vió hacer el Sr. *Ruysch*, y menos aun el sacarle por una incision hecha en la matriz como lo practicó un Cirujano Aleman en presencia y con dictámen de otros Cirujanos, y de un Medico. Jamás operacion cesarea fue hecha mas injustamente!

Luego que se ha repuesto, ò introducido la matriz, es necesario procurar mantenerla en su lugar por las fomentaciones astringentes, fumigaciones aromaticas, inyecciones fortificantes, y sobre todo por un buen pesario. El Sr. *Levret* dice son los mejores los de corcho bien cubiertos de cera virgen, y asegura se mantienen estos muchos años puestos sin corruccion, por lo que me parece muy ventajoso su uso à todos los compuestos de otra cosa; pues los de oro aun quando sean inalterables son muy pesados aunque estén huecos interiormente, y los de plata están sujetos à corroherse. El Sr. *Moran* ha dado sobre esto à la Academia de Cirugía de París una observacion muy interesante (b). El Sr. *Puzos* (c) aconseja à las mugeres que tienen necesidad de traer pesario, tengan cuidado de hacerse inyectar con agua tibia y agua vulneraria para impedir se forme un cieno al rededor del pesario que produce algunas veces exulceraciones en la vagina, y aun coherencias.

Los

(b) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, tom. 3. pag. 614.
(c) Trait. des accouchemens. pag. 248.

Los Señores *Ruysch*, *Mauriceau*, y *la Motta* han creido no podia suceder la rambersacion de la matriz sino à el tiempo de la extraccion de la placenta, ò poco despues: pero en el dia se sabe puede venir por otras muchas causas, como por una disposicion natural que no se puede preveer, ni oponerse à su efecto. Los pólypos uterinos que tienen su atadura, ù origen en el fondo de la matriz pueden producir este efecto: (en las Memorias de la Real Academia de Cirugía de París del año de 1732. hay entre otros un exemplo digno de notarse): las pérdidas de sangre à causa de la laxîtud que inducen en la matriz, y las violentas irritaciones que ocasionan causan este accidente: (el Sr. *Le Blanc* Cirujano de Orleans, ha comunicado un caso de esta naturaleza à la Academia Real de Cirugía de París); y en fin el exceso de gordura, segun las observaciones del Sr. *Puzos*, es una de las causas de la caida de la matriz (d).

Sino se quiere ver perecer de un fluxo de sangre à la muger que se la ha rambersado la matriz en el parto, es necesario reponerla prontamente. La misma celeridad pide la reposicion de la rambersacion de la matriz en una perdida de sangre actual; pero se debe temer mucho que los esfuerzos sean infructuosos, y que no estando perfectamente hecha la reduccion continue la perdida con mas, ò menos abundancia. Dar preceptos sobre el método de reducir la rambersacion de la matriz es imposible: el genio solo del Cirujano es quien le debe guiar en este caso: la vida de la enferma confiada à su cuidado depende (digamoslo asi) de su acierto; por esto no le deben intimidar las dificultades que encontrará. El Sr. *Puzos* asegura no estan muy incomodadas las mugeres con esta enfermedad, despues que se ha pasado el tiempo de las

(d) Des Maladies de la matrice, cap. 2. pag. 250.

las mestruaciones, y que ha visto muchas à quienes la matriz del todo rambersada, y colgando à fuera no causaba otros males que la incomodidad à el andar, sin que los contactos ni el ayre causasen en ella sensibilidad alguna dolorosa (e). La rambersacion que es producida por el exceso de gordura es incurable (f).

Está aun sujeta la matriz à otras dislocaciones. La mas comun de estas es la que se acostumbra designar con el nombre de vientre colgando ò en alforja, y los Autores latinos con el de *venter propendulus*. En esta dislocacion no siendo la matriz suficientemente sostenida por sus ligamentos, y al mismo tiempo no oponiendo la suficiente resistencia los musculos del vientre, pasa por encima de los huesos pubis, y se dexa caer sobre los muslos. Bien se dexa conocer que esto solo puede suceder mientras el preñado, y quan diferente es esta enfermedad, de la caida y rambersacion de la matriz. La cama y un suspensorio son los unicos socorros à que se debe acudir para aliviar las enfermas de las freqüentes ganas de orinar, y de un tenesmo importuno de que son incomodadas. En llegando el tiempo del parto, para terminarle con acierto el Sr. *Levret* (g) acostumbra poner la enferma sosteniendose con las rodillas y codos, (esto es à gatas) con esta situacion el paquete intestinal que en el estado natural empujaba, ò comprimia la matriz, echandose ácia el diaphragma permite à la matriz tomar su sitio, y à los musculos del vientre obrar sobre ella con mas fuerza y eficacia.

La hernia de la matriz que se hace por los anillos de los musculos del abdomen, tiene mucha similitud con la

(e) Id. pag. 253. y 254.
(f) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París. tom. 3. pag. 384.
(g) Id. pag. 386. y 387.

la enfermedad de que acabo de hablar. Esta enfermedad es extremamente rara, y se hallan en los Autores pocos exemplos. El Sr. *Simon* en su Memoria sobre la operacion cesarea inserta en el segundo volumen de los de la Real Academia de Cirugía de París, cuenta dos, uno de *Senerto*, y otro de *Ruysch*, y el Sr. *Heister* cita otro de *Fabricio Hildano*, en quien se hizo la operacion cesarea del mismo modo que en el caso de *Senerto*, y puede ser sin una necesidad bien decidida, el suceso fue el mismo, la muger pereció pasados tres dias con unos dolores intolerables.

La inclinacion de la matriz à la derecha, ò à la izquierda es la ultima especie de dislocacion de que es susceptible esta viscera; no dexa de atraer algunos accidentes, pero hasta ahora no se conocen los medios de precaverlos, ni de corregir esta disposicion viciosa de la matriz. Una de las causas, y puede ser la mas comun, de la obliquidad de esta viscerâ es la insercion lateral de la placenta: otra causa de esta inclinacion, independiente del preñado, puede ser la mala conformacion de la parte. El Sr. *Ruysch* dice ha reconocido por el tacto esta ultima indisposicion en mugeres no embarazadas, que se quexaban de una gana continua de de orinar, y de un tenesmo muy freqüente (h).

Generalmente se da el nombre de pólypo à todas las excrecencias carnosas, que toman origen en algunos puntos de las paredes internas de la matriz, de la vagina, ò de qualquiera otra parte del cuerpo. Esta enfermedad está mas bien conocida en el dia que antiguamente, especialmente despues de las sabias reflexîones è invenciones que sobre este objeto ha hecho el Sr. *Levret* (i). Los pó-

(h) Observac. XCVIII.
(i) Diar. de Medic. Mes de Junio de 1770. tom. 32. pag. 535.

pólypos de la matriz y de la vagina son por lo comun mas compactos, y de un texido mas apretado que los de la nariz; y adquieren mas ò menos volumen à proporcion de la abundancia de succos que los penetran, de las disposiciones de las partes membranosas à que estan adherentes, y de su antigüedad. Ordinariamente su figura es periforme, y cada uno tiene un solo y unico pediculo.

Adquieren algunas veces estos tumores por su successivo aumento ò medra un volumen tan considerable, que extendiendose en todas dimensiones salen fuera de la vulva de tal modo, que muchas veces se los ha tenido por verdaderas caidas de la matriz por tener la misma figura periforme que esta viscera. Otra particularidad que podria dice *M. Levret* hacernos caer en error en un exâmen poco exâcto sobre los caracteres de estos tumores, es quando se encuentra ácia la base de estos pólypos una abertura, una simple depresion, ò sinuosidad un poco hundida, que parece representar el orificio del utero. Habiendo algunos prácticos extrahido ò cortado estos tumores, han creido haber amputado la matriz, ò à lo menos una parte de esta viscera. Para evitar este error, el verdadero medio es comparar las señales esenciales de los pólypos uterinos con las que caracterizan las diferentes especies de caidas de la matriz y de la vagina, y de algunas otras partes contenidas en el vientre que pueden formar tumor en esta vayna.

Primero: Las señales que distinguen el pólypo uterino que no sale de la vagina, de la caida incompleta de la matriz sin rambersarse, son que en la caida el tumor es mas ancho por arriba que por abaxo, y tiene una abertura natural muy visible y profunda en la parte mas baxa; por el contrario, los pólypos uterinos son mas anchos por abaxo que por arriba, y cuelgan del cue-

llo de la matriz, ò salen por su orificio y nó tienen abertura natural. Segundo: En la caida completa de la matriz sin rambersarse, además de encontrarse siempre el orificio en lo baxo del tumor, como en el caso antecedente, y que este es mas ancho por arriba que por abaxo, está rodeado ò envuelto de tal modo por la vagina, que introduciendo el dedo por dentro de la vulva no encuentra vacío para poder pasar: en lugar que en el pólypo uterino se encuentran siempre las diferencias arriba dichas, y no está envuelto por la vagina, manteniendose esta en su situacion natural, en cuyo fondo se halla siempre el orificio de la matriz. Tercero: El pólypo por lo regular es indolente y no admite reduccion. Quarto: El pólypo por grande que sea nunca arrastra ácia sí la vexiga, aunque salga de la vagina, y tiene su cuello ò pediculo isolido en esta vayna. Quinto: Se distingue la hernia de la vexiga por la vagina, del pólypo de esta, en que el sitio de la hernia es siempre superior, y el del pólypo puede ser indistintamente en qualquiera parte de la vagina, en que la compresion hace disminuir la hernia, y excita à la muger à orinar, en lugar que la compresion en el pólypo le hace aumentar, y detiene el curso de la orina. Sexto: Las hernias del intestino y del epiploon por la vagina dislocan el cuello y orificio de la matriz, y pueden las mas veces ser reducidos, sino del todo y para siempre, à lo menos en parte y por algun tiempo; y el pólypo de la vagina nó hace mudar de situacion al cuello de la matriz, y no es susceptible de reduccion, sino que sea de fuera de la vulva dentro de la vagina.

Los pólypos de la matriz pueden por su peso atraher ò arrastrar esta viscera en la vagina, y ocasionar distension en los ligamentos anchos. Algunas veces estos pólypos son sólidos, duros y escirrosos; en una palabra

verdaderos sarcomas, que por su naturaleza no estan esentos de inflamacion, de ulceracion, y de gangrena; y en ciertos casos especialmente quando tienen su origen de lo interno de la matriz, son precedidos y acompañados de hemorragia; pero si tienen su nacimiento en el cuello y al borde del orificio de esta viscera, ordinariamente no ocasionan pérdidas de sangre, pero por lo comun estan acompañados de fluxos blancos, ò de un corrimiento lynfatico muy abundante. En estos dos casos es tan necesario como util, registrar la parte para reconocer si la pérdida de sangre ò el corrimiento lynfatico es de algun pólypo uterino.

Los diferentes medios propuestos por los Autores para destruir los pólypos son la cauterizacion, la seccion ò corte, la torsion, y la ligadura. El primer medio es tan cruel como incierto: el segundo es muy peligroso por la grande hemorragia que sobreviene, y la mucha dificultad que hay para detenerla: el tercero tiene además de ser muy doloroso, los inconvenientes de poder al hacer la torsion del pólypo torcer la parte de la matriz de que está pendiente. De todas estas razones es facil inferir que la cauterizacion, la seccion, y la torsion son medios poco seguros para la curacion de los pólypos uterinos, y que el mejor medio para extraherlos es la ligadura. La grande dificultad que tiene ésta es el poder hacerla en estas partes por lo comun profundas y fuera de la jurisdiccion de la vista, y en apretar suficientemente el pediculo de estos tumores para procurar su caida.

Se vencen todas estas dificultades haciendo la ligadura con el instrumento inventado à este fin por *M. Levret*. Este se compone de dos tubos de plata del grueso de una pluma, soldados paralelos uno à otro: en la parte externa tiene cada uno un anillo soldado, y el otro extremo está redoblado ácia dentro, es liso y obtuso: den-

tro de una de las canulas pasa un alambre de plata, que sale por su extremo, y pasa à la otra canula formando un arco suficiente para abrazar el pólypo: este hilo se sujeta à uno de los anillos.

Acostada la enferma de espaldas con las rodillas dobladas, y los muslos apartados, puesto el instrumento en los terminos arriba dichos se dirige el arco que forma el alambre por la vulva obliquamente por uno de los lados de la vagina entre esta y el tumor: despues se empuja en la canula el alambre suelto hasta que forme un arco suficiente à circundar el tumor: se registra con el dedo para que no se doble ò tuerza, y se conduce de modo que dando buelta el otro lado del arco del alambre sobre el cuerpo del pólypo, quede comprehendido en su asa: situado el alambre contra el pediculo del pólypo, se retira el hilo suelto por la parte inferior de la canula para ajustarlo al tumor, y se sujeta al anillo que le corresponde: despues dando vueltas con las dos canulas siempre del mismo lado se aprieta la raiz del pólypo lo suficiente à interrumpir el circulo de los humores en su sustancia, y se dexa asi el instrumento, sujetandolo por medio de un vendage: al otro dia se retuercen los alambres sobre el mismo lado para apretar, y extrangular mas la raiz del pólypo, y se hace lo mismo los demás dias hasta que se separe enteramente.

Los primeros accidentes que causa la ligadura son el dolor que siempre es tolerable, y la inflamacion de las partes inmediatas: el tumor se hincha y destila un humor lynfatico fetido, que le disminuye de tal modo su volumen, que en menos de quince dias le cree la enferma disipado; al fin se pudre, y cae gangrenado. Los primeros dias de la ligadura se deben suavizar las partes irritadas con inyecciones emolientes, y anodinas; no se olvidarán las sangrias y demás calmantes à proporcion de

de la urgencia. Caido el tumor se concluye la curacion, curando la ulcera que queda, y limpiando las paredes de esta cavidad con inyecciones detersivas, vulnerarias, y despues desecantes. Los pólypos que tengan caracter cancroso no se deben tocar, porque la hemorragia que resultaria sería mortal.

ARTICULO CINQUENTA Y UNO.

DE LOS ABSCESOS DE LA MARGEN DEL Ano, y de su fistula.

SE ha dado por precepto en todos los casos en que se forma un absceso en la circunferencia del ano que se extiende al texido celular de su circunferencia, y que el intestino está descubierto, que no basta hacer una simple abertura para la evaquacion de las materias purulentas, sino que es necesario cortar á lo largo el intestino (a). Se ha creido ser esto necesario para que éste pueda reunirse con las partes circunvecinas, y que sin esta precaucion se formarian nuevas colecciones de materia, y la ulcera quedaria fistulosa. El Sr. *Foubert* opone à esta doctrina muchas razones y hechos que la combaten victoriosamente (b), y establece por observaciones concluyentes: que el intestino despojado de su grasa en una extension considerable puede muy bien reunirse sin que sea necesario romperle: que la practica de abrir el intestino en toda la extension de la desnudacion podrá tener resultas muy pe-

(c) Mem. de la Real Acad. de Cirug. de París, 1. vol. en 4. pag. 389.
(b) Id. 3. vol. en 4. pag. 473. y siguientes.

peligrosas en los sugetos enfermizos, ò que padecen alguna grave enfermedad habitual: la hemorragia podrá ser una de las malas resultas (c): que la lechinacion necesaria para detenerla retendria en algunos rincones del absceso las materias putridas, que siendo absorbidas pueden ocasionar depositos purulentos en el pulmon, ó sobre otras visceras, fiebres coliquativas, fluxo de vientre, y otros accidentes capaces de hacer perecer los enfermos: que si estos abscesos son el efecto de una fistula interna del intestino recto como sucede muchas veces, se podrá aun romper inutilmente el intestino, siempre que el orificio de la fistula no se halle comprendido en la incision, y en fin, que estos abscesos pueden depender de una fistula interna, è ignorada de la uretra, ò de la vagina, lo que haria infructuosa la operacion; y que pues la simple abertura de los abscesos procura la reunion del intestino es inutil el abrirle (d).

Es verdad que este tratamiento dexa subsistir la fis-

(c) El Sr. *Levret* para detener estas hemorragias se valia de un medio inventado por él, y por el Sr. *Belloq* y es el siguiente. Se toma una vexiga reciente de cerdo, ó de carnero, se la ajusta un cañon de xeringa, bien atado, se pone una ligadura floxa entre la punta del cañon introducida en el cuello la vexiga, y el cuerpo de ésta: Se introduce poco á poco esta vexiga en el ano del enfermo, y despues de bien introducida se la llena de ayre, y quando está inflada se aprieta la ligadura que está entre el cañon, y la vexiga para que no salga el ayre, y se tapa el agujero del cañon con un taponcito para mayor seguridad, por este medio la vexiga comprime en toda su extension las partes internas del intestino, y por consiguiente formando una compresion sobre el vaso, ò vasos rotos se detiene la hemorragia.

(d) El Sr. *Louis* comunicó al Sr. *Foubert* una observacion que apoya esta doctrina, en favor de la qual ya se habia antes declarado en su Diccionario de Cirugía en las pag. 361. y 362. del tomo primero. La misma doctrina es adoptada por el Sr. *Bertrandi* en su tratado de operaciones de Cirugía pag. 216. y 217.

fistula en caso que ésta exîsta, esto es si el intestino está perforado; pero entonces la operacion que exîge ésta despues, es mucho mas simple, y menos dolorosa que la grande incision que se prescribe sin necesidad. Pero si el orificio interno de la fistula está bien conocido, y bien asegurado de poderle comprehender en la incision, y no está muy alto, me parece sería mejor operar la fistula al mismo tiempo que el absceso, que hacerlo de dos veses, á menos que no sea en un caso de complicacion con algun vicio en que es necesario esperar el efecto del especifico sobre la fistula; pues muchas veces por este medio se han visto curarse, y dispensarse de la operacion.

Si la fistula tiene su sitio en la uretra las candelillas podrán ponerla en via de curacion, y si se resistiese á su accion se la conducirá como dixe arriba tratando de las fistulas del perineo. El Sr. *Foubert* asegura haber curado muchas fistulas del ano quando son simples sin callosidad, y que no tienen mucho gruesor las carnes por el uso del hilo de plomo apretandole de tiempo en tiempo. Este método fue conocido de *Celso*, adoptado por todos los Cirujanos de tiempo de *Fabricio de Aqua pendente*, y hoy casi generalmente abandonado (e).

Despues de haber hecho de qualquiera modo que sea la operacion de la fistula del ano, recomiendan los Au-

(e) El Sr. *Bertrandi* da siempre la preferencia á la incision, á menos que los enfermos no la reusen absolutamente operac. de Cirug. pag. 218. y 219. pero el Sr. *Camper* lib. 2. pag. 17. parece mas favorable al método de *Celso* con el que *Wiseman* el *Pareo* de los Ingleses, ha curado muchos enfermos. No obstante el Sr. *Camper* quiere que la fistula sea simple, y no quiere si se opera con el instrumento cortante que se pase, ó enlace la fistula con la aguja, como se hace generalmente hoy en todas partes, si solo que se la divida simplemente en toda su extension con las tixeras, ó bisturí.

Autores poner sobre todo el tramite de la herida interior bordonetes cargados de topicos propios á favorecer la regeneracion de las carnes, como si la curacion se operase por este medio, ò como si la naturaleza no bastase sola para esto. El Sr. *Pouteau* (f) hace mas de veinte años despreció estas curaciones por dolorosas al enfermo, é impertinentes al Cirujano, y las reduxo casi á curaciones puramente exteriores, con las que le ha ido bien en su práctica. El Sr. *Bertrandi* (g) aplaude esta reforma, la que está apoyada por las observaciones del Sr. *Foubert*, y se concilia maravillosamente con la doctrina de las curaciones raras, y simples ultimamente renovada con claridad por el Sr. *Pibrac*.

ARTICULO CINQUENTA Y DOS.

DE LAS HERIDAS DEL TENDON de Achiles, y de los accidentes que sobrevienen á las de las aponevrosis, y modo de remediarlos.

MUY diversas son las opiniones de los mas célebres Autores de Cirugía sobre la conducta que conviene tener quando el tendon de Achiles se halla dividido por un iustrumento cortante, ó de otro qualquier modo. Algunos del numero de los quales es el Sr. *Lafaye*, quieren que solo se acerquen las extremidades del tendon, y que se las mantenga así por la situa-

(f) Melanges de Cirurg. pag. 108. y 122.
(g) Operac. de Cirurg. pag. 232. y 235.

tiracion y el vendage, aconsejando se abstengan de practicar la sutura. Otros en mucho mas numero recomiendan ésta. El Sr. *Heister* quiere, como el Sr. *Lafaye* que se esté á la situacion, y al vendage, siempre que se puedan mantener las extremidades del tendon en contacto inmediato, sin recurrir á la sutura; pero la cree indispensable en algunos casos. (a) El Sr. *Molinelli* en la Historia de la Academia de Bolonia (b) nos ha dado algunas observaciones que nos pueden dar mucha luz sobre ésta materia, y acaso terminar la qüestion. Són muy interesantes para no hacerlas conocer á los Cirujanos romancistas, y enriquecer este suplemento.

Primera observacion. Un hombre de quarenta años, de mala constitucion, y que pasaba su vida en sitios cenagosos recibió una herida que cortó transversalmente el tendon de Achiles casi la mitad de su grueso; no se le trajo al Hospital hasta pasados muchos dias despues de su accidente. La pierna estaba toda entumecida, especialmente la pantorrilla, el borde inferior de la herida de un color verde libido, y quando se apretaba la circunferencia de la herida salia de todos los puntos de ésta una sanie del mismo color: Con la ayuda de un estilete descubrió un seno bastante grande, que se extendia casi hasta la mitad de la pantorrilla, y conoció que una cierta porcion del tendon estaba separado de los tegumentos inferiormente, y por los lados.. Para descubrir esta porcion de tendon, dilató la herida abaxo, arriba, y lateralmente: descubierto asi el tendon, le encontró mas grueso, y mas duro que

Ccc acos-

(a) Instit. Chirurg. tom. 3. part. 3. sec. VI. cap. CLXXI. pag. 478.
(b) Coment. Acad. Scientiar. Bononiens. tom. 2. part. 1. pag. 189. y 196.

acostumbra estar naturalmente, y lo que era mucho mas peligroso aun, que estaba gangrenado mas de dos traves de dedo de su largor.

Despues de haber inutilmente tentado restablecer esta porcion de tendon gangrenado, no tubo al fin otro partido que tomar que el de extirparle, de tal suerte, que se vió obligado á cortar el tendon en dos partes, y separar despues con el bisturí la porcion mortificada de las partes circunvecinas, lateral è inferiormente, lo que toleró el enfermo con mucho animo: cortó tambien una parte de los labios de la herida á fin de disminuir su gruesor para facilitar las curaciones: hecho esto aplicó sobre la herida balsamos suaves, y anodinos, y cuidó no apretar el bendage mas de lo que era necesario para contener el aparato; pues el enfermo no podia sufrirle mas apretado; con esto, y con la ayuda de muchas sangrias la pierna, y la herida comenzaron á ponerse en mejor estado.

No obstante que todo iba bien, el extremo inferior del tendon le daba siempre alguna inquietud, pues en la parte en que habia sido cortado, estaba aun entumecido en una pequeña extension, y se elevaba algunas lineas por encima de los tegumentos, y para aumentar mas la desdicha vino al fin á caer en mortificacion. Todos los remedios de que se hizo uso no fueron de utilidad: no quedaba otro recurso que el corte, pero la gran proxîmidad del calcaneo, que apenas distaba un través de dedo, parecia hacer la seccion del tendon poco segura. Sin embargo no queriendo dexar al enfermo sin esperanza de curacion, le cortó diestramente, conduciendose despues como lo habia hecho hasta entonces, y mandando al enfermo moviese la pierna lo menos que pudiese, curando despues la herida con los topicos supurantes: con este método

do el tumor se deshizo poco á poco; y en cerca de dos meses y medio la herida se cicatrizó.

Como el tendon habia padecido una pérdida de sustancia considerable, la naturaleza llenó el vacío por una carne fungosa, que se manifestaba despues de la curacion por un poco de elevacion en la parte de la primitiva herida; y cómo el enfermo tubo mucho tiempo el pie en extension, y el calcanco inclinado ácia la pantorrilla, se podia temer se mantubiesen estas partes en el mismo estado despues de la cicatrizacion de la herida, y que el enfermo fuese obligado à cojear el resto de sus dias. El acontecimiento fue mas afortunado que lo que se esperaba; pues aunque quando comenzó à andar el herido tenia alguna pena para sentar en el suelo el talon, el uso de algunos linimentos quitó en breve esta incomodidad, marchando despues tan facilmente y con la misma comodidad que antes de su accidente.

Segunda observacion. Un hombre de veinte y quatro años segando heno, se cortó con la hoz el tendon de achiles transversalmente cerca de la tercera parte de su grueso: tenia grandes dolores quando movia la pierna, y aun algunas veces quando la tenia en quietud: le sobrevino grande calentura con delirio: el Sr. *Molinelli* no se detuvo mucho en acabar de cortar el tendon, que como he dicho solo lo estaba en parte: despues abrió un seno que encontró entre los tegumentos, y el tendon lateralmente à este: en este tiempo se retiró un poco mas alto el extremo superior del tendon, y no obstante que el vendage solo fue contentivo, el enfermo curó radical y facilmente en poco tiempo de una herida que parecia deber ser de una cura muy dificil (c).

(c) *In hoc œgro difficillimi vulneris fuit curatio facillima*, dice elegantemente el Historiador de la Academia.

Tercera observacion. Un hombre de treinta y dos años recibió en el tendon de achiles una grave herida, que fue seguida de una violenta distension; no obstante andaba aunque apoyado de alguno. Habiendo el Sr. *Molinelli* exâminado atentamente la herida, halló que el tendon de achiles estaba cortado transversalmente casi del todo, que los tegumentos se habian retirado mas de un traves de dedo de las partes que antes cubrian, y que el tendon del musculo plantar estaba tan relaxado que salia doblado por la herida. Despues de haber abierto los tegumentos, cortó cerca de dos dedos de la porcion de tendon que estaba doblado, è igualó los labios de la herida, hizo muchas sangrias al herido, y le tubo à una rigorosa dieta: con estos auxîlios esperaba se detendrian los accidentes; no obstante pasados pocos dias se formó entre los tegumentos, y los musculos un absceso, que se extendia desde la herida hasta el maleolo externo, que fue necesario abrir. Despues se formó otro, aunque mas pequeño en el lado opuesto, y en fin pasado algo mas de dos meses de curacion, el herido curó tan perfectamente que podia andar, y aun saltar, si hubiera querido, con la misma facilidad que antes, no habiendo perdido nada la pierna de su fuerza, ni de la libertad de sus movimientos, quedandole no obstante una especie de nudo algo sobresaliente en aquella parte en que habia sido el tendon cortado. En quanto à lo demás solo se hizo uso asi en este enfermo, como en los dos precedentes de un vendage simplemente contentivo.

El sugeto de esta quarta y ultima observacion es un mozo de grande talla, y de robustas fuerzas, que herido gravemente en el tendon de achiles, menospreció su mal por algunos dias: la herida estaba dos traves de dedo apartada del calcaneo. Llamado à el so-

cor-

corro de este enfermo el Sr. *Molinelli*, halló el tendon de achiles enteramente cortado. La extremidad superior no estaba tumefacta, pero si retirada arriba, y cubierta por los tegumentos: à el contrario, la extremidad inferior estaba hinchada y mas dura, especialmente del lado de la herida. En esta parte se presentaba à la vista, el tendon descubierto por estar los tegumentos contrahidos. El Sr. *Molinelli* quiso disponer las cosas de modo que no hubiese necesidad de cortar; pero la terquedad y rebeldía del mal venció à su buena voluntad. La tumefaccion y dureza se aumentaba cada dia: se formaron diferentes senos, de los quales algunos se abrieron por si, y salía de la herida una sanie muy abundante. En este estado creyó el Sr. *Molinelli* no diferir mas tiempo en oponerse eficazmente à los progresos del mal: rompió los tegumentos, y cortó con el bisturí la porcion del mismo tendon que por su tumefaccion, y por su dureza le obligaban à hacer esta operacion: despues abrió los senos que estaban à los lados, y à fin de aflóxar la parte acercó blandamente con la mano los tegumentos sobre la porcion de tendon que los musculos habian retirado ácia arriba.

Parecia que esta conducta debia adelantar la curacion, pero despues de algunos dias la extremidad inferior del tendon se comenzó à hinchar por el lado que correspondia à la herida, aunque no tanto como la primera vez, se formó lareralmente otro seno que penetraba mas adelante que todos los que le habian precedido; dilatóle en el instante, y como la tumefaccion persistia, se determinó en fin à cortar toda la porcion del tendon hinchada, de suerte que solo quedó del tendon de achiles encima del calcaneo cosa de dos lineas. Despues de esta ultima operacion, todo tomó mejor semblante, la supuracion se reduxó à poca cosa, la pierna se desinfla-

flamó, la herida se reunió poco à poco, y por ultimo se cicatrizó.

El aparato nunca fue mas que contentivo por no haber el enfermo podido sufrir un vendage mas apretado. Luego que el enfermo empezó à andar, la cicatriz se abrió varias veces, pero con el auxîlio de los linimentos que se pusieron en uso, se afirmó de modo que no se abrió mas. Una sola cosa causaba pena al enfermo, y era que habiendo sido tirado arriba el calcaneo no podia apoyar en tierra toda la planta del pie, pero los linimentos, y fomentaciones emolientes le libertaron pronto de esta incomodidad, andando despues tambien que él mismo no podia à penas percibir alguna diferencia entre sus dos pies.

Por las observaciones del Sr. *Molinelli*, y por otra del Sr. *Clement*, Cirujano Ayudante del Hospital de Aviñon, (d) y otras de otros Cirujanos, se ve que pa-

(d) La observacion del Sr. *Clement*. Es en un hombre de 36. años, à quien un perro habia mordido en la parte posterior è inferior de la pierna. Este enfermo entró en su Hospital en 17. de Mayo de 1770. no podia andar sin apoyo: las heridas del cutis eran pequeñas: tenia la pierna muy hinchada; se le sangró, y curó con medicamentos demulcentes; le sobrevino calentura siguiendo los dolores y la inflamacion, se le reyteró la sangria dos veces, y se le continuaron las mismas curaciones. No obstante esto los sintomas se aumentaron con delirio y aversion à la bebida, por lo que temió la hydrophobia: se le dilataron las heridas, y se encontró el tendon de achiles contundido, y casi del todo cortado por los dientes del perro. Con la supuracion se rompió del todo, y se apartaron las extremidades, con lo que cesaron los sintomas mencionados, el enfermo empezó à beber y se quitó toda sospecha de hydrophobia. Las extremidades del tendon se hincharon considerablemente, la herida se curó como siempre y la supuracion y remedios apropiados quitaron poco à poco la tumefaccion de las extremidades del tendon, quedando apartadas la una de la otra dos traves de dedo por la pérdida de sustancia que habian tenido. Nunca se pudo sujetar à el enfermo à medio alguno de los que nos servimos en semejantes casos para tener el pie en extension, ni jamás pudo sobs-

para reunir el tendon de achiles no es necesario mantener sus extremos arrimados por la situacion y el vendage, y por consiguiente mucho menos hacer sutura: además la pérdida de sustancia era tal en los casos que se acaban de leer que lo uno y lo otro hubiera sido igualmente impracticable. La pérdida de sustancia, dice el Sr. *Molinelli*, se repara por una materia que adquiere poco à poco la naturaleza tendinosa, la que interponiendo entre los dos extremos del tendon, y sobreponiendose sobre la superficie externa de estos, restablece la continuidad del mismo modo que lo hace la materia del callo para los huesos en las fracturas con pérdida de sustancia huesosa (e).

De todo esto se sigue que en adelante no será necesario atormentar à los enfermos con la sutura, ni con una extension forzada del pie. Esta extension continuada, además de los accidentes que de ella pueden resultar, y de la incomodidad, que la hace insoportable à la mayor parte de los enfermos, como sucedió à los dos de los quatro del Sr. *Molinelli*, tiene el inconveniente de impedir se pueda apoyar el talon en el suelo quando se principia à andar: ¿Si en aquellos que han tenido corto tiempo el pie en esta situacion sucede esto, qué sería si se les hubiera mantenido en este estado en todo el

sobstener alguno dos dias seguidos: no obstante esto las extremidades del tendon se deprimieron, y se pusieron iguales con el texido celular, que estaba intermediario, y la ulcera se cicatrizó en veinte y quatro de Agosto del mismo año. El enfermo anda y tiene sus movimientos tan libres en el pie, como antes de su mal, à excepcion de costarle alguna dificultad el sentar el talon en el suelo à causa de un poco de tension que tenia aun el tendon, pero el tiempo, y las unturas emolientes y laxantes hay apariencias de que lo disiparán del todo.

(e) Vease sobre esta obra de la naturaleza, lo mucho y elegante que nos dice el Sr. *Louis* en el 5. volumen en 4. de los de la Real Acad. de Cirugía de París, pag. 147. y siguientes.

el tiempo de la curacion? Por eso con la idea de precaver este inconveniente de la extension continuada del pie, quiso el Sr. *Molinelli* tener en flexîon el de su quarto enfermo, pero esto fue inutil no habiendo podido tolerar aquel esta sujecion, del mismo modo que no han podido tolerar los otros la extension de la parte.

Estas importantes observaciones del Sr. *Molinelli* no han sido escritas, por lo que yo sepa, por alguno de los mejores escritores de Cirugía: à la verdad es extraño hayan sido incognitas à un Autor tan sabio como el Sr. *Heister*. el Sr. *Hoin*, celébre Cirujano de Dijón, miembro de la Academia de esta Ciudad, y asociado de la de Cirugía de París, ha dado en el diario de medicina (f) muchas experiencias confirmando las observaciones del Sr. *Molinelli*. Los perros y los gatos en quienes hizo estas experiencias, habiendolos cortado à unos del todo, y à otros en parte el tendon de achiles, todos curaron radicalmente aunque hayan sido abandonadas las heridas à ellas mismas, sin haberlas preservado de la impresion del ayre.

El buen exîto de estas experiencias, y la funesta observacion que tubo ocasion de hacer en el año de 1749. en un Carpintero que se habia cortado enteramente el tendon de achiles con una hacha, y que pereció de los accidentes causados en parte por la violencia en que se tubo el pie, por medio del vendage del Sr. *Petit*, empeñaron à el Sr. *Hoin*, y à sus Compañeros desde el año de 1762. à contentarse con un vendage puramente contentivo en las heridas del tendon de achiles, habiendose aun confirmado despues mucho mas en este parecer por las observaciones del Sr. *Molinelli* de las que hasta entonces no habia tenido noticia, y cree despues de

(f) Journ. de Medec. mes de Enero de 1769. pag. 56. y 78.

de todo esto que la rotura de este tendon sin herida en los tegumentos curaria con menos dificultad, sin recurrir à ningun vendage ni maquina extensiva, habiendole tambien confirmado en esta opinion él dictamen, y experiencia de dos grandes Cirujanos, quales son los Señores *Dupouy* y *Pibrac*, citandole este ultimo muchos exemplos de personas que habian sido curadas por la quietud, y las mas simples atenciones; lo que no se debe ya extrañar con las observaciones del Sr. *Molinelli*, y las experiencias del Sr. *Hoin.* Es muy notable que habiendo el Sr. *Heister* dilatadose tanto sobre la sutura de los tendones, y especialmente sobre la del tendon de achiles, operacion que se debe proscribir de la Cirugía, no haya dicho una sola palabra de la rotura de este ultimo, habiendo sido tantas veces qüestionada despues de la famosa observacion del Sr. *Petit*, y tenido éste tantas disputas sobre este asunto.

Me parece no será extraño concluir este Articulo diciendo algo de la doctrina del Sr. *Bordenave* (g) sobre los accidentes de las heridas de las partes tendinosas, y aponevroticas, y sobre los medios de socorrerlos. En todos tiempos ha demostrado la experiencia que las heridas de los tendones, y aponevrosis han sido seguidas de los accidentes mas peligrosos que se atribuían à la extrema sensibilidad de estas partes; pero ninguno ignora que el Sr. *de Hallér* ha demostrado que estas partes no son sensibles. Despues de muchas experiencias hechas con cuidado por diferentes personas sobre la inteligencia, destreza, y buena fé de las quales no se puede dudar, parece no se puede admitir disputa sobre esto, pero no obstante han encontrado

(g) En una Memoria leida en una de las Asambleas publicas de la Acad. Real de Cirugía de París, en 1762.

algunos adversarios (h): El Sr. *Bordenave* adopta el sentir del Sr. *de Hallér*, y procura conciliar su doctrina con los hechos mas exâctamente observados en la práctica de la Cirugía.

Considerando dice anatomicamente la extructura de las partes, su extension, y la comunicacion reciproca que tienen entre sí, se vé que los accidentes formidables, que son los sintomas ordinarios de las heridas de las partes tendinosas, y aponevroticas, no vienen de la pretendida sensibilidad de los tendones, y de las aponevrosis, sí de la inflamacion, que ès el efecto de la ex-

(h) El Sr. *Fabre* es uno de los adversarios: éste en una Memoria leida en una de las Asambleas publicas de la Real Acad. de Cirugía de París en 1764. dice, que habia sido largo tiempo persuadido de lo que el Sr. *Hallér* ha dicho de la insensibilidad absoluta del texido celular, pero que despues ha reconocido el error en que habia caido. A la verdad dice, no se descubre señal de sensibilidad por las experiencias hechas en los animales picando, è irritando ciertas partes, pero la ilusion viene de no haberlas puesto à las pruebas sino en el estado sano: las mismas hechas en ciertos estados de enfermedad dan resultas muy diferentes. El texido celular hallado constantemente insensible en los animales, es muy doloroso quando está inflamado: las heridas nos ofrecen exemplos diarios de esta verdad: la dura-mater, los tendones, y muchas otras partes à quien el Sr. *Hallér* tiene por insensibles, las sucede lo mismo. Luego que estas partes han supurado, y que su superficie es cubierta por unos botones roxos, que se designan comunmente baxo del nombre de nueva carne, no hay punto en ellas que pueda ser irritado sin causar dolor: esto prueba entran nervios en la composicion de estas partes, aunque las indagaciones anatomicas, y los auxîlios de los mejores microscopios no los hayan percibido. En el estado sano, dice, los nervios de estas partes están dispuestos de tal manera que no pueden transmitir à el alma sentimiento alguno: en el estado enfermo su contextura está mudada, y son accidentalmente sensibles. Ultimamente este Autor por muchos exemplos sacados de la práctica de la Cirugía prueba que la inflamacion es suficiente para hacer sensibles las partes que no se hallan tales en el estado natural, y saca muchas inducciones relativas à la curacion de las heridas de las partes tendinosas, aponevroticas, ligamentosas, &c. de las que se abusaria mucho por la idea de la insensibilidad de estas partes, que no se puede sostener.

extrangulacion causada por las partes membranosas: Apoya esta doctrina con los principios que el Sr. *Quesnay* ha dado sobre la extrangulacion en su tratado de gangrena. No es necesario dice, que el instrumento que ha hecho la herida, penetre hasta el tendon para producir accidentes peligrosos: hay muchos exemplos en que una simple picadura en la extremidad de los dedos, ò debaxo de la uña, y que no ha tocado el tendon, ni su vayna, ha sido seguida de muy grandes sintomas. Si la herida es profunda, y ha interesado estas partes, nos engañariamos en creer que por eso será mas peligrosa, pues no son tanto las dimensiones de una herida, quanto la naturaleza de las partes lesas, quien la hacen mas ò menos grave. La experiencia ha hecho ver que la picadura superficial de las partes nerviosas ha puesto á los heridos en el mayor peligro, y que no se han visto accidentes peligrosos à la seguida de los mayores desordenes sobre las partes tendinosas. De todo esto se debe juzgar que la lesion de los tendones no contribuye à los peligrosos accidentes de ciertas heridas, y que se debe buscar su origen en la irritacion de los nervios, que segun los mejores anatomicos los tendones no los admiten en su textura.

Viniendo pues los accidentes casi siempre de la extrangulacion, la indicacion curativa es facil de cumplir. Se harán cesar los sintomas producidos por la extrangulacion, y se precaverán los mas peligrosos, cortando las partes que la forman: el instrumento cortante conducido por las luces anatomicas es aqui el mas grande socorro. Si exâminamos cuidadosamente el uso que los antiguos hacian del aceyte de terebentina hirviendo, de quien tanto estos han alabado los buenos y maravillosos efectos, hallarémos que el beneficio que resulta de esta aplicacion es debido à la destruccion de la sensibilidad en

el

el punto en que estaba el principio de la irritacion. La cauterizacion obra del mismo modo, y se explica facilmente, como por la aplicacion de un caustico, que es un remedio muy irritante, se hacen cesar todos los sintomas que causa la irritacion de las partes nerviosas lesas por una picadura de espada, de lanceta, &c. pero siempre debemos preferir à estos medios el uso del instrumento cortante, con el qual se hace precisamente lo que se quiere, pues se le puede conducir con método; lo que por el contrario no nos podemos hacer exâctamente dueños de la accion mas ò menos extensa de un medicamento corrosivo.

FIN.